

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**CARACTERÍSTICAS Y MOTIVOS DE CONSULTA
DE LOS PACIENTES VIH + ATENDIDOS EN
URGENCIAS DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA
DURANTE EL AÑO 2006. ESTUDIO
COMPARATIVO FRENTE A GRUPO CONTROL.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sonsoles Callejas Pérez

Bajo la dirección del doctor:

Carlos Pérez de Oteyza

Madrid, 2010

ISBN: 978-84-693-3202-3

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

**CARACTERÍSTICAS Y MOTIVOS DE CONSULTA
DE LOS PACIENTES VIH + ATENDIDOS EN
URGENCIAS DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA
DURANTE EL AÑO 2006. ESTUDIO
COMPARATIVO FRENTE A GRUPO CONTROL.**

AUTOR:

SONSOLES CALLEJAS PÉREZ

Hospital Universitario de Fuenlabrada.

DIRECTOR:

PROF. TITULAR DR. PÉREZ DE OTEYZA

Hospital Universitario Gregorio Marañón.

MADRID, JUNIO 2009

A mi familia, que ha estado a mi lado en todo momento.

A Álex sin cuyo apoyo constante, no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo.

AGRADECIMIENTOS:

Al Prof. Dr. Carlos Pérez de Oteyza, director de esta tesis, que ha colaborado activamente en todas las fases de este trabajo. Su profesionalidad y dedicación como investigador y como médico nos sirve de ejemplo a todos los que hemos sido alumnos suyos.

A mi coordinador de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, Dr. Jesús Canora Lebrato, gracias a él se ha podido recopilar los datos que forman parte de este trabajo.

Al Dr. Alejandro Pérez Martín, geriatra del Hospital de Fuenlabrada, cuya ayuda extraordinaria ha sido básica para llevar a cabo el trabajo estadístico de esta tesis.

A D. Alejandro Moreno Martín, sin cuyos conocimientos en informática, hubiera sido imposible la realización de este texto.

A mis compañeros, tanto médicos como enfermeros de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, cuya ayuda en la recopilación de pacientes ha sido fundamental en todo momento.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 BREVE RECUERDO HISTÓRICO	7
1.2 EL VIRUS	9
1.3 LA CLASIFICACIÓN	11
1.4 LA ENFERMEDAD	14
1.5 LA TRANSMISIÓN	15
1.6 EL TRATAMIENTO	17
1.7 EL VIH EN ESPAÑA	20
1.8 PLANES MUNDIALES FRENTE AL SIDA	29
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	33
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	34
2.2 HIPÓTESIS	34
2.3 OBJETIVOS	35
3. MATERIAL Y MÉTODO	37
3.1 DISEÑO	38
3.2 ÁMBITO DEL ESTUDIO	38
3.3 SUJETOS DEL ESTUDIO	38
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN	38
3.5 VARIABLES	39
3.6 MÉTODO ESTADÍSTICO	40
4. RESULTADOS	45
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	46
4.2 MOTIVOS DE CONSULTA y DIAGNÓSTICOS FINALES	60
4.3 FRECUENTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS	74
4.4 INGRESOS	77
5 DISCUSIÓN	79
5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	81
5.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	81
6. CONCLUSIONES	101
7. BIBLIOGRAFIA	104

1. INTRODUCCIÓN

1.1 BREVE RECUERDO HISTÓRICO.

Cuando en 1981, los Centers for Disease Control (CDC) de Estado Unidos publican en su boletín semanal, un artículo de Michael Gottlieb¹, médico californiano, sobre la aparición de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en **homosexuales** sanos de Los Angeles, y 26 sarcomas de Kaposi en homosexuales de Nueva York y Los Angeles, saltó la voz de alarma, sobre un “*síndrome de inmunodeficiencia humana en gays*”^{1 2}

Al cabo de unos meses, la enfermedad aparece en la comunidad haitiana, hombres y mujeres **consumidores de drogas por vía parenteral** y en los **receptores de transfusiones sanguíneas**, así como en los hemofílicos que habían recibido factores de la coagulación y derivados del plasma, comenzado a comunicarse nuevos casos en el resto del mundo.

Cada vez de iba haciendo más claro, que un microorganismo desconocido, transmisible por contacto sexual, sangre o hemoderivados, era el agente etiológico más probable de la pandemia mortal que sumía a los infectados en una **inmunosupresión** severa, por lo que padecían múltiples enfermedades que les llevaban a morir en escaso lapso de tiempo.

En mayo de 1983, un equipo del Instituto Pasteur en París, encabezado por Luc **Montagnier**³, premio Nobel de Medicina en el año 2008, publicó en la revista *Science*, el hallazgo de un nuevo virus, aislado en un paciente con linfadenopatía, al que bautizaron LAV y que, sugerían como causa del nuevo síndrome de inmunodeficiencia. Un año después, Robert **Gallo**⁴, reconocido mundialmente, por haber aislado los dos primeros retrovirus humanos, había encontrado un nuevo retrovirus, el HTLV-3, según el científico, causante de la pandemia que asolaba el mundo en ese momento.

Hoy se acepta que el LAV de Montagnier y el HTLV-3 de Gallo eran el mismo virus, diseñándose en 1985, una prueba en sangre mediante un **ensayo inmunoabsorbente ligado a enzima (ELISA)** que condujo a la apreciación del alcance de la enfermedad.

Aún faltaban 2 años, para que el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus decidiera la nomenclatura oficial del virus como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (**VIH**) productor de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (**SIDA**), y para que se aprobara el primer fármaco antirretroviral, el **AZT**.²

1.2 EL VIRUS

El agente etiológico del SIDA es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que pertenece a la familia de los retrovirus humanos y a la subfamilia de los lentivirus².

La característica principal del ciclo vital de la infección por VIH es la transcripción inversa del RNA genómico a DNA mediante la **enzima transcriptasa inversa**. Se realiza una unión de la proteína gp 120 a su receptor, la molécula CD4, que se encuentra predominantemente, en la superficie de la célula hospedadora, los linfocitos T, encargados de la función colaboradora o inductora en nuestro sistema inmunitario, pero también podemos encontrarla en la superficie de los macrófagos/monocitos, células dendríticas y de Langerhans².

Después de la fijación del virus, se **fusionan** ambas membranas por medio de la **gp 41** y el RNA del VIH se interna en la célula atacada. La enzima **transcriptasa inversa** lo convierte en DNA de doble cadena, integrándose en el DNA de la célula hospedadora, por medio de la **integrasa**. Este provirus puede persistir inactivo (latente) o comenzar una producción activa del virus (Figura 1).

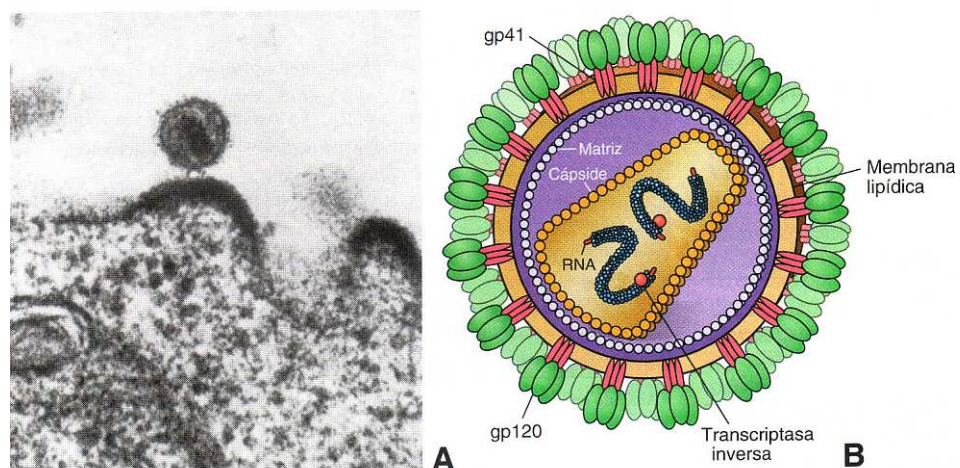


Figura 1: A. Microfotografía electrónica del VIH. La figura muestra un virón típico tras la salida de la superficie de un linfocito T CD4+, junto con dos viriones incompletos en proceso de salida de la membrana celular. B. Estructura del VIH-1, incluidos la gp 120 de la membrana externa, la gp 41 transmembrana, el RNA genómico, la enzima transcriptasa inversa, la p18 de la membrana interna (matriz) y la proteína p24 del núcleo (cápside). (Copyright George V. Kelvin) (Adaptado de RC Gallo; Sci Am 256; 46, 1987)

Tras la transcripción, el mRNA del VIH es traducido, dando lugar a las diferentes proteínas del virus, ensamblándose después y produciéndose la salida de los viriones a través de la membrana lipídica de la célula hospedadora que le confiere su cubierta externa.

La *proteasa* del virus cataliza el proceso de escisión del virus, dando lugar al virión maduro².

1.3 LA CLASIFICACIÓN

Desde que se describieron los primeros casos, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, despertó un gran interés en la comunidad médica mundial. A partir de ese momento los centros para el control de enfermedades transmisibles de Atlanta, Georgia, en un esfuerzo para la gradación y mejor comprensión de esta nueva enfermedad, elaboraron una primera definición de caso de SIDA publicada en septiembre de 1982.

Un buen sistema de clasificación clínica permitiría diferenciar las etapas de la infección por VIH y facilitar el cuidado de los pacientes con guías de seguimiento y tratamiento apropiado.

Se propusieron diferentes sistemas, como el del CDC/OMS de 1986, la del Instituto Walter Reed de Estados Unidos o de la OMS de 1990 aceptándose en la actualidad la **clasificación del CDC (Centers for Disease Control) de 1993** (Tabla 1), que tienen en cuenta elementos clínicos y marcadores de progresión, fundamentalmente, el conteo total de linfocitos CD4+, con nueve categorías mutuamente excluyentes⁵.

Tabla 1. Categorías clínicas de VIH según CDC 1993

	A Asintomático, infección aguda VIH o LGP.	B Sintomáticos sin cumplir condiciones A ó C	C Enfermedades indicadoras de SIDA
1 CD4 >500/ μ L	A1	B1	C1
2 CD4=200-499/ μ L	A2	B2	C2
3 CD4 <200/ μ L	A3	B3	C3

“Caso de SIDA” según la definición del CDC de 1993 para USA.

La **categoría clínica A** se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente.

La **categoría clínica B** se aplica a los pacientes que han presentado síntomas relacionados con la infección por el VIH pero que no se encuadren dentro de la categoría clínica C.

La **categoría clínica C** se aplica a los pacientes que ha presentado alguno de los cuadros incluidos en la definición de SIDA (ver tabla 2)

Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran afectados de SIDA. Las dos últimas categorías, basadas en el recuento de CD4, no se aceptan por la OMS para Europa.

Tabla 2. Enfermedades definatorias de SIDA.

1.	Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2.	Candidiasis orofaríngea.
3.	Coccidioidomicosis generalizada.
4.	Criptococosis extrapulmonar.
5.	Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes.
6.	Infección por citomegalovirus (CMV) de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos.
7.	Retinitis por CMV .
8.	Encefalitis por VIH.
9.	Infección por el virus del herpes simple que causa úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
10.	Histoplasmosis generalizada.
11.	Isosporidiasis crónica.
12.	Sarcoma de Kaposi.
13.	Linfoma de Burkitt o equivalente.
14.	Linfoma inmunoblástico o equivalente.
15.	Linfoma cerebral primario.
16.	Infección por MAI o M kansasii diseminada o extrapulmonar.
17.	Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
18.	Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.
19.	Neumonía por Pneumocystis jirovicii (antes carinii).
20.	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
21.	Sepsis recurrente por especies de Salmonella que no sean S typhi.
22.	Toxoplasma cerebral.
23.	Wasting syndrome (síndrome de desgaste).
24.	Carcinoma de cérvix invasivo.
25.	Tuberculosis pulmonar.
26.	Neumonía recurrente.

Se aceptan cuando existe una infección por VIH bien documentada y no existe otra causa de inmunodeficiencia.

Las infecciones por CMV, herpes simple y toxoplasma si se producen en pacientes con edad superior al mes. Ninguna de estas infecciones o neoplasias son indicativas de SIDA si no están asociadas a una seropositividad VIH demostrada; además deben demostrarse por histología, citología y/o cultivo^{6 7}.

1.4 LA ENFERMEDAD

La definición original caracterizaba como caso de SIDA “*al individuo que tuviese enfermedades indicativas por lo menos moderadamente sugestivas de un defecto en la inmunidad mediada por células, en personas sin ninguna causa conocida para resistencia disminuida contra esas enfermedades*” (ver Tabla 2)².

Una minoría de individuos infectados con VIH, al principio, pueden experimentar una **enfermedad aguda**, autolimitada similar a la mononucleosis infecciosa, con fiebre, rash, artralgias, mialgias, cefalea, odinofagia y en ocasiones meningitis o meningoencefalitis, tras 4 - 10 semanas de la exposición. Durante esta fase, el número de linfocitos CD4+ puede disminuir causando un compromiso de la inmunidad mediada por células durante el cual el paciente puede desarrollar infecciones secundarias. Generalmente de 2 a 3 semanas después, hay una recuperación espontánea ya que el número de CD4+ gradualmente vuelve a la normalidad. En la mayoría de los casos, esta infección primaria pasa desapercibida².

Los anticuerpos contra VIH, aparecen de 6 semanas a 3 meses después de la infección, sin embargo la seroconversión se puede producir meses o un año más tarde.

Después puede pasar años antes de que comience una depleción progresiva de los CD4+ lo que lleva al desarrollo de signos y síntomas de inmunosupresión, experimentado síntomas constitucionales leves y enfermedades transitorias, varios años antes de desarrollar infecciones graves, como neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, *mycobacteriosis*, toxoplasmosis, *cryptococosis* y/o neoplasias como el sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin, que son enfermedades definitorias de SIDA. No son infrecuentes desórdenes neurológicos atribuibles a infección por VIH, encefalopatía, demencia por SIDA o diarrea crónica².

1.5 LA TRANSMISIÓN

El VIH se transmite por **contacto sexual**, principal modo de transmisión en todo el mundo, tanto homosexual como heterosexual. El virus se ha demostrado en el semen, dentro de las células mononucleares infectadas y libre, en el líquido seminal, así como en los frotis cervicales y en secreciones vaginales.

Puede transmitirse por **sangre o hemoderivados** en sujetos que comparten agujas contaminadas para la administración de drogas por vía intravenosa y en los que reciben transfusiones de sangre o productos sanguíneos. El riesgo de infección aumenta con la duración del consumo de drogas, la frecuencia con que se comparten las agujas y con cuantos individuos, así como el consumo de drogas en un área geográfica con una alta prevalencia de infección. La transfusión de sangre, concentrados de hematíes, plaquetas, leucocitos y plasma, también son capaces de transmitir el virus, así como por los tejidos de los transplantes de órganos y a través del semen utilizado en las inseminaciones artificiales.

El VIH se puede transmitir desde una **madre infectada a su feto** desde el primer trimestre, sin embargo se produce con más frecuencia en el período perinatal, durante el traumatismo del parto, comprobándose que en el caso de gemelos, se infecta con mayor frecuencia, el que nace primero. También se puede aislar el virus en la **leche y el calostro**, por lo que se debe evitar la lactancia materna, punto problemático en países pobres donde el único modo de supervivencia de un recién nacido, es la leche de su madre. A pesar de todo, se ha observado, que las madres infectadas por el VIH en período de lactancia, no han transmitido el virus a sus hijos².

No hay pruebas convincentes que otros líquidos corporales, como saliva, lágrimas, sudor u orina, sean capaces de transmitir el virus, aunque se pueda aislar el VIH en los mismos.

Existe un **riesgo laboral** pequeño, pero definido de transmisión de la enfermedad entre los profesionales sanitarios, personal de laboratorio y

potencialmente en otros que trabajan con muestras infectadas, sobre todo cuando se utilizan objetos afilados como agujas o bisturíes. Grandes estudios realizados en varias instituciones han indicado que el riesgo de transmisión, tras una punción cutánea con una aguja u otro instrumento afilado contaminado con sangre de una persona con infección por VIH probada, es de aproximadamente el 0,3%, mientras que para el caso de hepatitis B sería del 20 al 30% ².

1.6 EL TRATAMIENTO

Hacia 1986, el trabajo de grupos de investigación de medio mundo ya había conseguido una idea bastante clara de cómo era el VIH y cómo conseguía reproducirse en las células. Se comenzó entonces, a buscar puntos de ataque entre las diferentes etapas de su desarrollo.

La **zidovudina (AZT)** fue seleccionada en 1985 por Burroughs Wellcome y el Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU por su actividad frente a los retrovirus, tras realizar un cribado in vitro de múltiples sustancias. En 1986 Margaret Fischl y sus colaboradores⁸ suspendieron el ensayo clínico doble ciego que estudiaba la eficacia del AZT frente a placebo, cuando se demostró una disminución en la mortalidad y en la frecuencia de infecciones oportunistas en los pacientes con SIDA tratados con este fármaco.

En los últimos años de la década de los 80 y los primeros de la de los 90 la FDA aprobó y autorizó para su uso precoz una serie de fármacos para actuar sobre las diferentes enfermedades oportunistas más amenazadoras

A finales de 1989 se aprueba un segundo antirretroviral, la **didanosina o ddI**, utilizada en los pacientes que no toleraban el AZT y en 1991, aparece un tercer fármaco, el **ddC**. Los primeros resultados de los ensayos clínicos con biterapias se publican en 1992, y en ese mismo año, la FDA da su visto bueno para comenzar a usarlas.

En 1995 Ho, presentó como el VIH realizaba la destrucción del sistema inmune, explicando como la aparición de las enfermedades oportunistas era el resultado de la **carga viral**. Un año después, Mellors, dio a conocer el impacto de la medición de la carga viral, como método principal para evaluar la eficacia en los tratamientos del VIH. Los efectos terapéuticos de los fármacos ya podían medirse en semanas, así como la progresión a SIDA⁹. A partir de este momento cambió radicalmente la vida de los enfermos de VIH (ver figura 2)

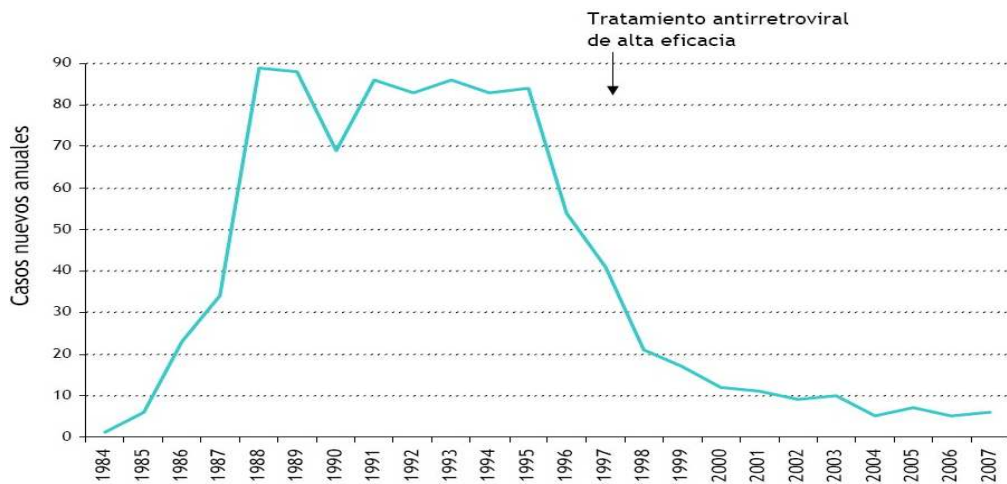


Figura 2: Disminución de casos nuevos anuales tras tratamiento con antirretrovirales de alta eficacia (TARGA).

Hasta hace pocos años, las enzimas *transcriptasa inversa* y la *proteasa* eran las únicas dianas susceptibles a los tratamientos farmacológicos.

En el momento actual se utilizan tratamientos combinados de antirretrovirales de gran actividad o **TARGA**, correspondiendo a cuatro categorías: inhibidores de transcriptasa inversa, de la proteasa, los que interfieren con el ingreso del virus en la célula (los inhibidores de la fusión e integrasa)¹⁰ (Tabla 3).

Los tratamientos TARGA se basan en la mezcla de 3 fármacos: 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido + inhibidor de transcriptasa inversa no análogo ó 2 inhibidores análogos de nucleósido + 1 inhibidor de proteasa potenciado con Ritonavir¹¹.

Tabla 3. Fármacos antirretrovirales actuales.

INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA	Análogos de los nucleósidos	-Zidovudina (Retrovir®) -Didanosina (Videx®) -Zalcitabina -Estavudina (Zerit®) -Lamivudina (Epivir®) -Abacavir (Ziagen®) -Emtricitabina (Emtriva®)
	Análogo de nucleótido	-Tenofovir (Viread®)
	Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosídicos	-Nevirapina (Viramune®) -Delavirdina (Rescriptor®) -Efavirenz (Sustiva®) -Etravirina (Intelence®)
INHIBIDORES DE LA PROTEASA		-Saquinavir (Invirase y Fortavase®) -Indinavir (Crixivan®) -Ritonavir (Norvir®) -Nelfinavir (Viracept®) -Amprenavir (Agenerase®) -Fosamprenavir (Lexiva®) -Lopinavir/Ritonavir (Kaletra®) -Atazanavir (Reyataz®)
INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		-Enfuvirtida (Fuzeon®)
INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		-Raltegravir

Los tratamientos del VIH tienen en cuenta que es una **enfermedad crónica**, sin visos de curación en el momento actual. Se basan en un **comienzo precoz** en los pacientes con enfermedad sintomática o en los asintomáticos pero con recuentos de CD4+ menores de 250/ μ L o con más de 50 copias de RNA. También se puede administrar tratamiento por un período de 6 semanas, a las personas que han sufrido una exposición de alto riesgo¹¹.

1.7 EL VIH EN ESPAÑA

La información que mejor ha definido la dimensión de la epidemia en España procede del **REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA** complementada por estudios de seroprevalencia seriada en **poblaciones centinela** (estrategia recomendada por la OMS, basada en las encuestas de seroprevalencia en poblaciones centinela, a través de las cuales, podemos conocer la extensión y evolución de la infección por el VIH en los diferentes grupos).

Las poblaciones estudiadas en estas encuestas, son personas con conductas de alto riesgo para la infección (adictos a drogas por vía parenteral, varones con prácticas homosexuales, personas que ejercen la prostitución, pacientes de consultas con enfermedades de transmisión sexual, etc), o poblaciones con algunas ventajas operativas para su estudio (donantes de sangre, recién nacidos, embarazadas, personas hospitalizadas, etc). Estos grupos se seleccionan con el fin de someterlos a estudios periódicos para medir la tendencia de la infección.

El *Registro nacional de casos de SIDA* se estableció en España en 1983 tras la aparición de los primeros casos, y ha representado la fuente de monitorización de la infección más sólida del país hasta los últimos años, por tratarse de un registro bien establecido cuya sub-notificación, del 10%, es similar a la de otros países europeos.

La importancia que ha tenido la infección por el VIH/SIDA en la población española se ha visto reflejada en su impacto sobre las tendencias de la **mortalidad** diferencial en los últimos años, produciéndose un aumento de la mortalidad entre los jóvenes con respecto a las personas de mayor edad.

La mortalidad diferencial en España, a lo largo del siglo XX experimentó un descenso continuado, sólo interrumpido por la epidemia de la gripe de 1918, la guerra civil española 1936-1939 y la epidemia del SIDA a finales de los 80.

La esperanza de vida, que aumentó en 2,5 años en hombres y 3,2 años en mujeres en la década de 1972-82, estabilizó su descenso en 0,5 años y 1,7 años respectivamente en el período 1983-93 debido al impacto de los accidentes de tráfico y del SIDA.

Entre 1989-1995, la tendencia de la mortalidad por el VIH/SIDA fue ascendente, alcanzando su máximo en 1995. En este año fue la causa más frecuente de muerte en la población comprendida entre los 25 y los 34 años, superando a los accidentes de tráfico.

Entre 1995 y 1997 las muertes por el VIH en España descendieron en un 48,5% aunque teníamos la mayor tasa de incidencia de enfermedad de todos los países europeos (11,7 casos por 100.000 habitantes).

A partir de 1999, el ritmo de descenso se ha ido suavizando, lo que podría indicar que se está llegando a una estabilización de la incidencia de la enfermedad en 2.500 casos nuevos anuales.

La **evolución favorable** de los nuevos diagnósticos de SIDA en España refleja los avances en la lucha contra la enfermedad, tanto en la **prevención** como en la **asistencia sanitaria**, pero es fundamentalmente atribuible a la introducción de los **tratamientos antirretrovirales** de alta actividad que retrasan las manifestaciones de SIDA y disminuyen su letalidad ¹² (Figura 3).

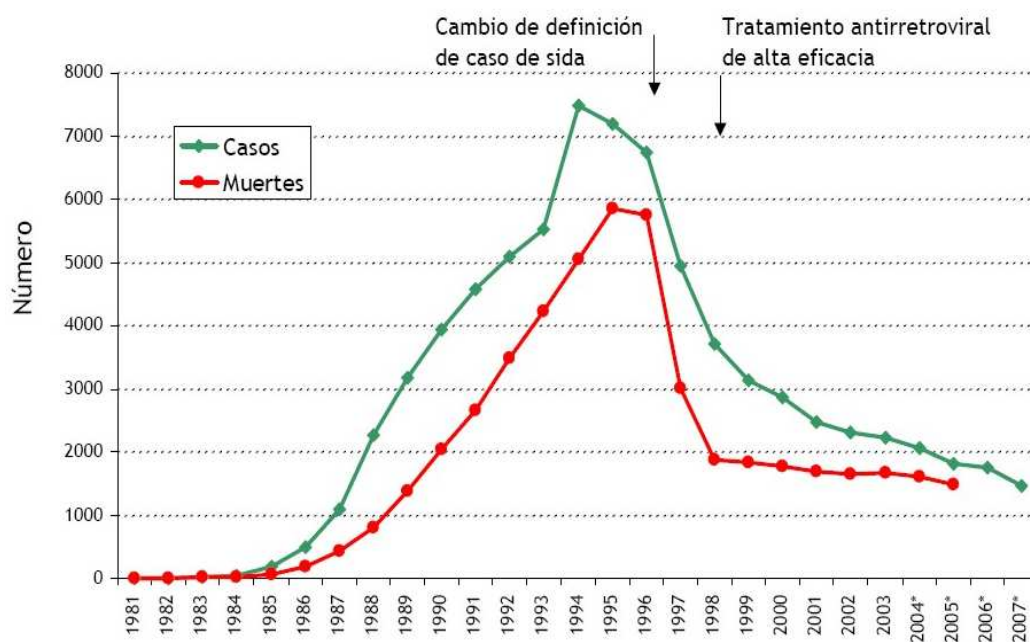


Figura 3: Disminución de casos y de muertes de VIH en España.

Según las notificaciones recibidas hasta el **31 diciembre de 2007** en el Registro Nacional de Casos de SIDA, se estima, tras corregir por retraso en la notificación, que en 2007 se diagnosticaron en España 1.464 casos de enfermos.

Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados de SIDA ha experimentado un progresivo declive, de forma que los notificados en 2007 suponen un descenso del 78% respecto a los notificados en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (Figura 4).

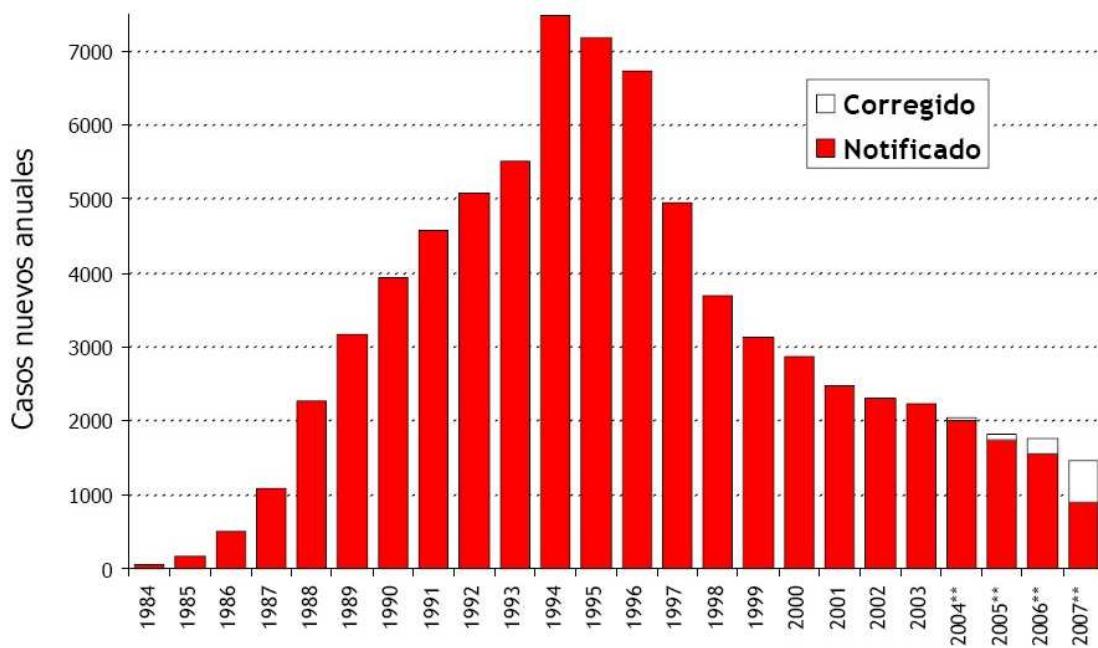


Figura 4: Variación de casos nuevos anuales desde 1984 al 2007 de VIH en España.

Con respecto al 2006, en el año 2007 se evidenció un descenso del 16,3% en el número de casos entre los varones y un porcentaje algo mayor, 18,7%, entre las mujeres.

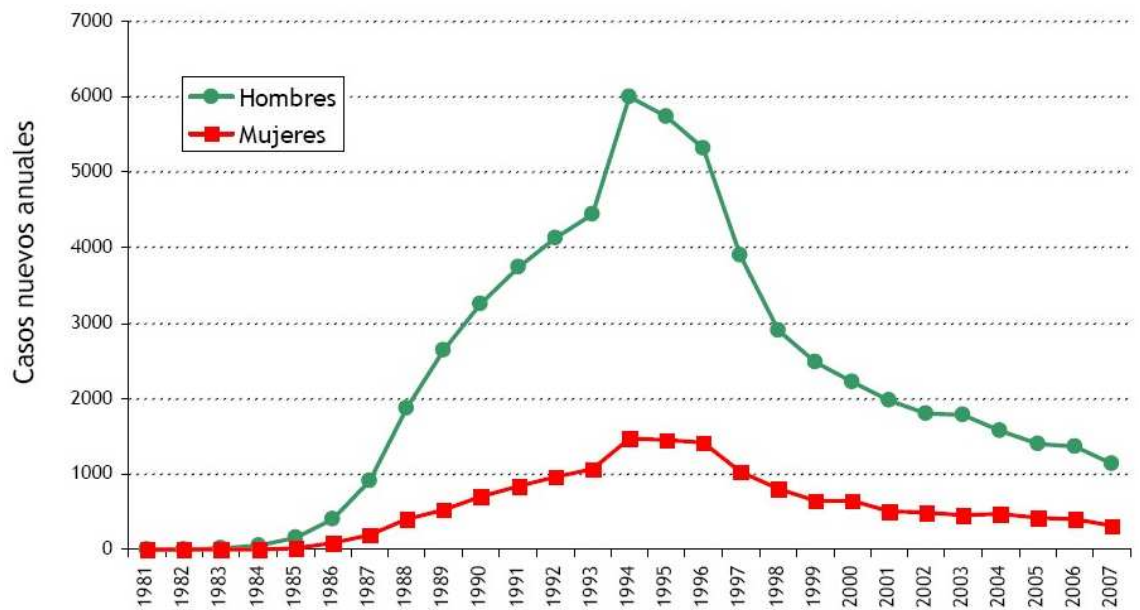


Figura 5: Variación de casos anuales entre ambos sexos en España desde 1981-2007

Aunque el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) sigue siendo el más frecuente, se mantiene la tendencia descendente iniciada años atrás puesto que se observa una disminución en el número de casos diagnosticados del 15%.

También bajaron en relación al mismo periodo, los casos atribuidos a relaciones sexuales no protegidas: 20% en el caso de la transmisión heterosexual y 23% en el de las relaciones sexuales entre hombres (Figura 6).

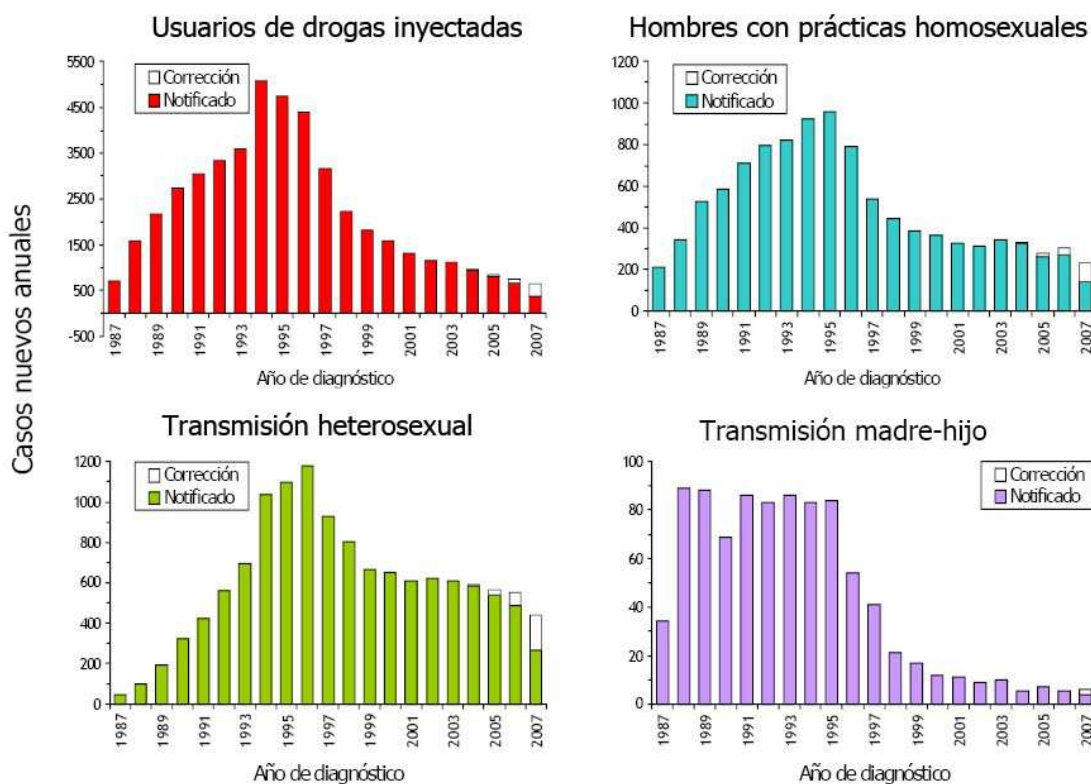


Figura 6: Variación de casos nuevos de VIH españoles, según las diferentes formas de transmisión, desde 1987 al 2007.

Hasta la fecha se ha recibido la notificación de 893 casos diagnosticados en 2007, que suponen el 61% de los casos que se estima habrá cuando se complete la notificación.

El 78% de los diagnósticos de SIDA recayeron en hombres, y la edad media al diagnóstico se mantiene en torno a los **40 años**.

El 43,7% de las personas que han desarrollado SIDA en 2007 contrajeron la infección por compartir material de **inyección para la administración de drogas vía parenteral**, lo que afectó al 46% de los hombres y al 37% de las mujeres.

Las personas que contrajeron la infección por **relaciones heterosexuales** no protegidas ascienden al 30% de los casos y, en números absolutos, continúan siendo más frecuentes en hombres que en mujeres.

Sin embargo, proporcionalmente, entre las **mujeres** esta categoría adquiere especial relevancia, pues representa el 51% de los diagnósticos de SIDA notificados en 2007.

La tercera vía de transmisión más frecuente han sido las **relaciones homosexuales entre hombres**, que supone el 16% de todos los casos y el 20,3% de los que afectan a hombres (Figura 7).

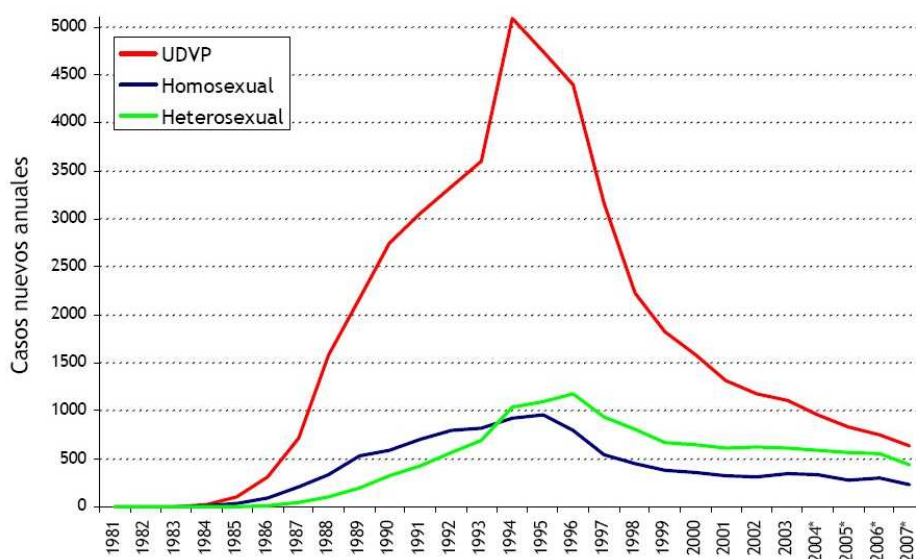


Figura 7: Variación de casos anuales en España, según transmisión por drogas vías parenteral (UDVP), homosexuales y heterosexuales, desde 1981 al 2007.

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 75.733 casos de sida (figura 8).

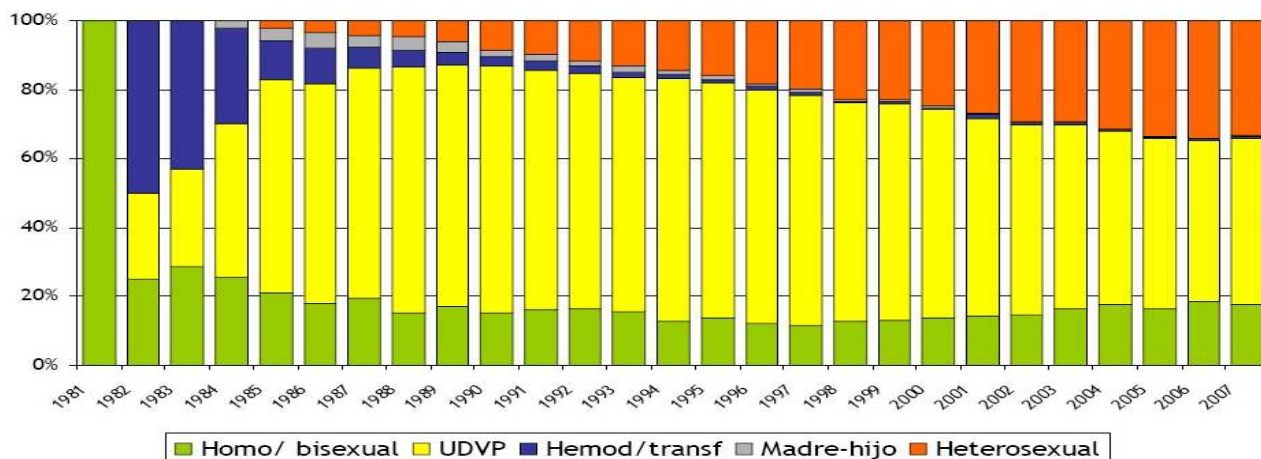


Figura 8: Tabla comparativa en tantos por ciento de casos de VIH en España según las diferentes formas de transmisión.

El 41% de las personas diagnosticadas de SIDA en 2007 no eran conscientes de estar infectadas por el VIH en el momento del diagnóstico. Esta proporción asciende a 60,7% entre aquellas que se infectaron por vía heterosexual y a 55,8% entre los hombres que se infectaron a través de relaciones homosexuales (Figura 9).

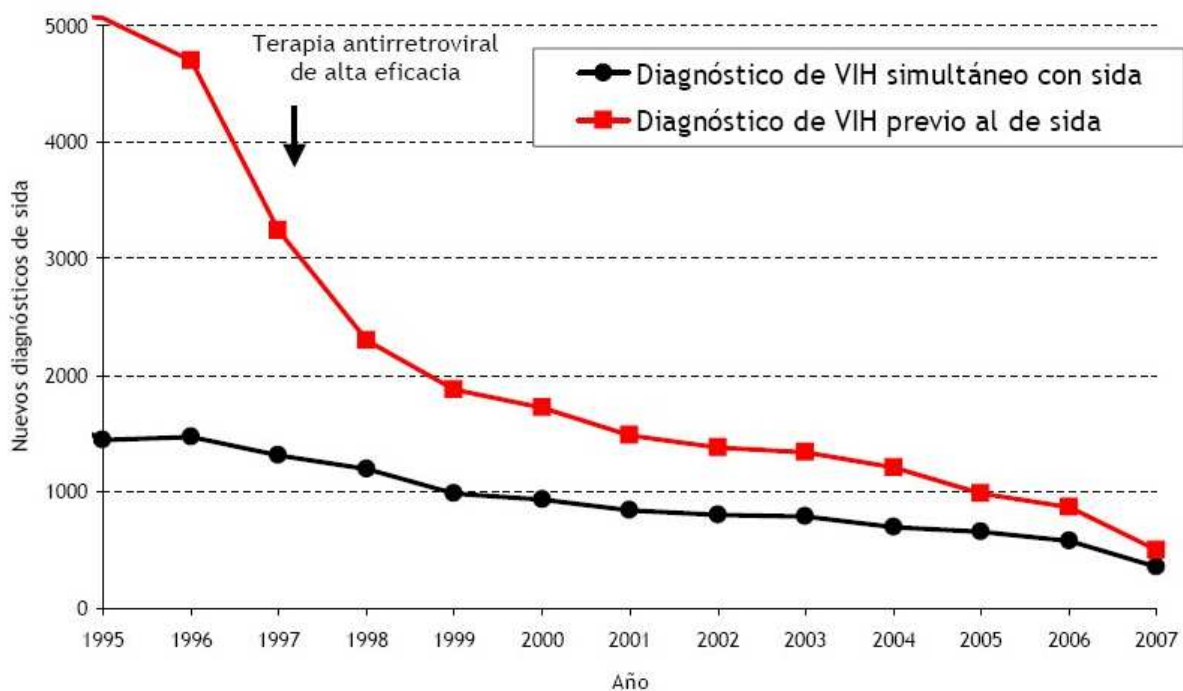


Figura 9: Diferencias entre diagnóstico de VIH previo o simultáneo con SIDA en España desde 1995 al 2007.

Hasta 1997 la proporción de casos de SIDA en personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3%. Pero a partir de 1998 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 19,3% en 2007. En este último año más del 75% de estos casos proceden de países de África y Centro-Sur de América.

En el periodo 2003-2007 la **tuberculosis** de cualquier localización siguió siendo la enfermedad indicativa de SIDA más frecuente, afectando al 29% de

los casos. Le sigue la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (22,6%) y la candidiasis esofágica (14,4%) (Figura 10).

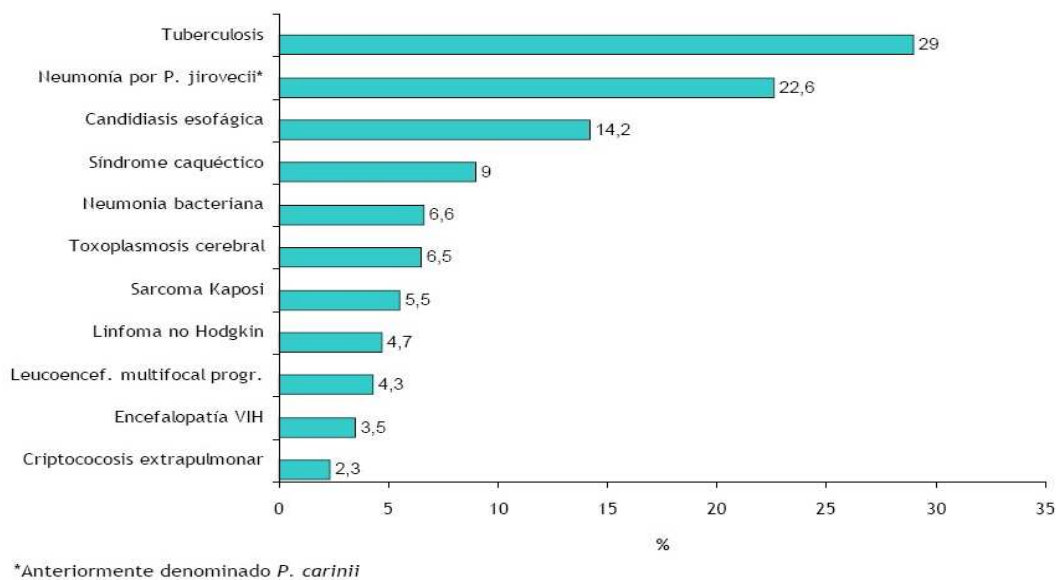


Figura 10: Incidencia en tantos por ciento de las diferentes enfermedades definitorias de SIDA en España en 2007.

1.8 PLANES MUNDIALES FRENTE AL SIDA

En Junio 2001, la **Asamblea General de las Naciones Unidas** celebró por primera vez en su historia una sesión especial dedicada a un problema de salud, la infección por VIH. La comunidad internacional se comprometió unánimemente a sacar adelante una serie de acciones a nivel nacional e internacional.

Cinco años después, el Director Ejecutivo de **ONUSIDA** declaró que las acciones desarrolladas desde entonces habían permitido comprobar que era posible revertir el curso de la epidemia.

La evaluación final de lo que hayamos progresado se llevará a cabo en 2015, como uno de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**.

Estos compromisos, son los que se enmarcan en el nuevo **Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y SIDA 2008-2012**¹³, incluido España. En él se reúne las políticas e instrumentos del Estado, coordinando a las administraciones públicas, organizaciones no gubernamentales y asociaciones ciudadanas, aplicando los recursos necesarios que sirvan a las diferentes comunidades autónomas y el resto de los sectores correspondientes.

La infección por el VIH representa uno de los problemas de Salud Pública de mayor gravedad que ha tenido que afrontar nuestro país en los últimos años y cuyo coste humano, social y económico la ha convertido en uno de los retos sanitarios más importantes para la sociedad española. Aunque en los últimos años los avances terapéuticos han reducido drásticamente el desarrollo y mortalidad de la enfermedad, se siguen produciendo nuevos casos.

La situación actual refleja una mejora en la calidad y en la esperanza de vida en las personas afectadas pero aún no se ha logrado la eliminación o erradicación completa del virus de un paciente adulto, dado que el VIH es capaz de infectar células del sistema nervioso o de otras partes del cuerpo donde los fármacos difícilmente pueden alcanzarlo.

Por otro lado, los fármacos antirretrovirales favorecen la aparición de resistencias y de resistencias cruzadas si se pierden dosis o aunque se tomen de forma correcta.

El uso continuado de estas potentes y tóxicas medicaciones presentan complicaciones y efectos secundarios como la lipodistrofia, daños hepáticos, renales o cardíacos. Sólo se ha llegado proporcionar una mejora en la calidad de vida de estos pacientes con una enfermedad crónica que sigue teniendo resultados mortales.

En el futuro, el pronóstico de los pacientes VIH dependerá de cómo seamos capaces de enfrentarnos a los distintos retos que se nos plantean, realizar un **tratamiento personalizado** para los pacientes que se encuentran inmersos en las drogas o el alcohol, que sufren a menudo cuadros ansioso-depresivos y que toman su tratamiento de forma errática.

Es muy importante realizar **tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC)** en pacientes VIH, con el fin de evitar la hepatopatía terminal que motiva un gran número de ingresos y la causa principal de los fallecimientos. Los nuevos tratamientos antirretrovirales, aunque reducen la incidencia de infecciones oportunistas en estos pacientes coinfectados al igual que el resto de los VIH+, constituyen una arma de doble filo. La toxicidad hepática que pueden producirles, junto a una rápida evolución a cirrosis por el VHC, aumenta el número de muertes en estos pacientes coinfectados.

Desconocemos el impacto de la infección por VIH en la **población inmigrante**, ya que no existe un registro nacional estructurado de infectados y los datos no son generalizables a otros hospitales en los que el perfil de la población sea diferente, por lo tanto se deberá revisar periódicamente esta información y estar pendientes de los cambios que pueda presentar.

A pesar del marcado descenso de la incidencia de SIDA en España desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales, el nuestro sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de esta enfermedad en Europa Occidental.

Para mantener la tendencia decreciente, además de reforzar las medidas de **prevención**, es necesario potenciar las intervenciones destinadas a promover la **prueba del VIH**, el consejo y el **diagnóstico precoz** de la infección en personas que hayan tenido prácticas de riesgo.

Nuestros enfermos de SIDA ya no son los de la imagen de la fotografía de la agonía de David Kirby de 1992, que utilizó una casa comercial y que tanto escandalizó en su momento...



...sino que su imagen actual corresponde a la que se utilizó en la campaña del *orgullo gay del año 2007*, personas que tienen una enfermedad crónica que no tiene porqué reflejarse en su aspecto físico...



...y esto tiene una doble lectura. El SIDA ya no representa a la misma muerte, “*se ha perdido el miedo*” a esta enfermedad, bajando la guardia en la prevención, ya no importa estar en contacto con el VIH, ya no nos hace falta el preservativo, porque ahora es una enfermedad “*con tratamiento*”, que asumen los sistemas sanitarios de salud de los países ricos occidentales.

Hemos conseguido gracias a los esfuerzos de los investigadores que nuestros enfermos no se encuentren discriminados por su enfermedad y puedan realizar una vida normal, como cualquier otro hipertenso o diabético, que acuden a nuestras consultas. Pero de la población mundial debemos esperar que asuman el papel de la prevención de esta enfermedad, que “*podemos controlar pero no curar*”.

También es importante que así los veamos los médicos de las diferentes especialidades, para no hacer que los seropositivos sean hiperfrecuentadores de consultas y urgencias, por “*estar más enfermos que los demás crónicos*”. Realizar el seguimiento en Atención Primaria en colaboración con las consultas de enfermedades infecciosas de Medicina Interna y ser ingresados y tratados como cualquier otro paciente que tiene una enfermedad de base.

Sin embargo existe un Tercer Mundo, donde la enfermedad aún “no tiene tratamiento” porque no tienen poder adquisitivo para conseguir los antirretrovirales y, para no morir, sólo tienen el aliado de la **prevención**. Esa palabra mágica en una enfermedad como el SIDA, es la única herramienta eficaz que tenemos en todo el mundo, para intentar que no existan tantos casos nuevos anuales así como el control de la enfermedad.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Habiendo trabajado desde Diciembre del 2004 en el Servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, me daba la impresión que no había muchas consultas a Urgencias por parte de los pacientes VIH + y los que llegaban hasta aquí , no eran por enfermedades graves.

Teniendo en cuenta que existe una consulta de Medicina Interna encargada de los enfermos VIH de Fuenlabrada, Moraleja de Enmedio y Humanes, donde se tienen censados unos 300 pacientes, me pareció interesante estudiar, si realmente los VIH+ tenían diferencias en su perfil epidemiológico y en sus motivos de consulta en urgencias, con respecto a pacientes de su misma edad y sexo no VIH.

Por otra parte, hemos visto un cambio en la enfermedad por VIH en los últimos años gracias al tratamiento profiláctico de las diferentes enfermedades oportunistas, así como a la eficacia de los antirretrovirales.

Inmediatamente surgen las preguntas: ¿Hasta que punto, ha cambiado el perfil de los pacientes VIH +? ¿Realmente son enfermos crónicos, que acuden a urgencias por causas similares al resto de la población con la misma edad y sexo? ¿Su frecuentación al servicio de urgencias y sus ingresos, son comparables a un grupo de población similar no VIH?

Para aclarar estas cuestiones se ha realizado este estudio descriptivo transversal y comparativo con un grupo control.

2.2 HIPÓTESIS

A. HIPÓTESIS CONCEPTUAL:

En la actualidad los motivos de utilización de los Servicios de Urgencias hospitalarios por los pacientes VIH+ no están relacionados con su infección por el virus.

B. HIPÓTESIS OPERATIVA:

Los motivos de consulta, ingresos y frecuentación de los pacientes VIH+ no difieren de los motivos de los pacientes control, VIH negativos.

C. HIPÓTESIS NULA (H₀):

No existen diferencias significativas entre los motivos de consulta, frecuentación e ingresos entre los pacientes VIH + y el grupo control, no VIH.

D. HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H₁):

Existen diferencias significativas entre los motivos de consulta, frecuentación e ingresos entre los pacientes VIH + y el grupo control, no VIH.

2.3 OBJETIVOS

A. OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir el perfil de los pacientes VIH +, sus motivos de consulta, frecuentación en urgencias e ingresos, durante el año 2006, en el Servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, comparándolo con un grupo control, de pacientes VIH negativos, de la misma edad y sexo.

B. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. ASPECTOS CLÍNICOS:

- 1.1 Estudiar los diferentes motivos de consulta con respecto a enfermedades oportunistas, en relación con hábitos tóxicos, laborales, factores de riesgo cardiovasculares.
- 1.2 Valorar la adherencia a tratamiento antirretroviral.

2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

- 2.1 Observar las diferencias de frecuentación en urgencias de pacientes VIH+ y no VIH.

2.2 Identificar las diferentes nacionalidades de los pacientes relacionándolo con el problema de la estadística actual de inmigración.

3. ASPECTOS DE LABORATORIO:

3.1 Clasificar a los pacientes VIH + según su estado inmunológico (clasificación de la CDC 1993) y carga viral.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Con el fin de conseguir los objetivos propuestos anteriormente, ver el perfil de los pacientes VIH+, sus motivos de consulta, frecuentación y comparación con grupo control, durante el año 2006, se comenzó a cuantificar los pacientes seropositivos que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada.

A la vez se iban reclutando los pacientes para un grupo control, no VIH, con la misma edad, sexo y que hubieran ido al Servicio de Urgencias en el mismo mes que los pacientes VIH +, con el fin de poder compararlos.

3.1 DISEÑO

Se trata de un estudio transversal descriptivo y comparativo con un grupo control.

3.2 ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, situado en la zona sur de Madrid, inaugurado en Junio del 2004, con 300 camas y que atiende a un área de población de 215.000 habitantes.

3.3 SUJETOS DEL ESTUDIO

La población del estudio fueron 117 pacientes VIH+, los cuales generaron 228 consultas urgentes, dado que algunos de ellos fueron más de una vez a este servicio durante el año 2006, frente a un grupo control con el mismo número de pacientes que generaron a su vez, 256 consultas urgentes.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

A. Historias Clínicas: Las historias clínicas informatizadas de la consulta de VIH de Medicina Interna, para los datos epidemiológicos (estadio de la enfermedad al diagnóstico, últimos niveles de linfocitos CD4 y carga viral, nacionalidad, ingresos en la cárcel, etc).

B. Consultas de Urgencias: Las consultas de Urgencias, para obtener los datos de frecuentación, motivos de consulta e ingresos de los pacientes VIH y grupo control, así como las características epidemiológicas de estos últimos, recogidas en la base de datos del Programa ‘SELENE’ de Siemens del hospital.

3.5 VARIABLES

Las variables se recogieron de forma retrospectiva, por un solo investigador.

De cada paciente VIH que acudía a urgencias, se recogía su número de historia clínica y se entregaba al investigador, tanto por parte del resto de los médicos del Servicio de Urgencias, como por parte de enfermería en el momento de la clasificación del paciente en la puerta de entrada.

Posteriormente, éste era introducido en la base de datos, completando el resto de las variables a estudio, con la historia clínica de las consultas de VIH de Medicina Interna y la de Urgencias.

Cada mes se hacía un repaso en el sistema informático del Hospital, de todos los pacientes que se habían visto, con el fin de no dejar ningún paciente VIH por contabilizar.

Al final del año 2006, con todos los pacientes identificados, se volvió a revisar las historias clínicas de la consulta de VIH de Medicina Interna, para recuperar todos los datos, que pudieran faltar previamente de los mismos, así como las primeras consultas de algunos de ellos.

A su vez, se iban recogiendo en el mismo día de la primera consulta urgente del paciente VIH o en la misma semana para evitar el sesgo que pudiera existir por consultar en diferentes épocas del año, una “*pareja VIH negativa*”, de edad similar y el mismo sexo, para constituir el grupo control.

3.6 MÉTODO ESTADÍSTICO

3.6.1 BASES DE DATOS.

Las variables recogidas se incluyeron en cuatro bases de datos complementarias y emparejadas dos a dos, del sistema estadístico SPSS versión 11.0.

1. PRIMERA BASE DE DATOS.

En la primera base de datos denominada “*pacientes*”, se incluyeron los datos para identificar y perfilar a cada paciente VIH+:

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE:

- **Edad:** se obtuvo una *primera variable* con todas las edades de los pacientes, para obtener una media y una mediana de la misma. Una *segunda variable*, que dividía a los pacientes en dos grupos según la mediana, para el estudio estadístico posterior.
- **Sexo:** hombre/mujer.
- **Nacionalidad:** se identificó en primer término a que parte del mundo pertenecían dividiéndolos en subsaharianos, Norte de África, sudamericanos, europeos del Este y españoles, así como una segunda variable, para el estudio estadístico que los separaba en españoles y no españoles.

B. ANTECEDENTES PERSONALES:

- **Relativos a infección por VIH:**
 - Adicción a drogas: SI/NO
 - Prácticas sexuales de riesgo: SI/NO
 - Homosexualidad: SI/NO
 - Antecedente de transfusión sanguínea: SI/NO

- Tratamiento antirretroviral TARGA y cumplimiento terapéutico: SI/NO
- **Factores de riesgo cardiovascular:** hipertensión, diabetes, dislipemia y más de un factor de riesgo (SI/NO)
- **Antecedentes psiquiátricos e intentos autolíticos:** SI/NO
- **Ingresos penitenciarios:** SI/NO
- **Patología respiratoria crónica y TBC:** SI/NO
- **Hepatitis:** se identificó enfermos VHB, VHC y VHC+B como una de las variables para el estudio descriptivo y una segunda, como hepatitis SI/NO para estudio estadístico.
- **Hábitos tóxicos:** alcohol y tabaco (SI/NO).

C. ESTADO INMUNOLÓGICO:

- **Estadio de la enfermedad al diagnóstico:** Según la clasificación del CDC 1993, Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, EEUU (A1, A2, A3, B1, B2, B3 y C1, C2, C3) (ver Tabla 1). Se escogió de este modo, dado que el estadio puede variar a lo largo de la enfermedad y al tomar el dato al diagnóstico, se podían unificar a todos los pacientes. Se obtuvo una segunda variable que los dividió en tan sólo 3 estadios (A, B y C) para el estudio estadístico.
- **Niveles de linfocitos CD4+:** Lo mismo ocurrió con los niveles de linfocitos CD4 (>500, 499-200, < 200 células/ μ L) y **carga viral**, detectable (>50 copias/ μ L) e indetectable (< 50 copias/ μ L), tomándose las últimas cifras que aparecían registradas en la consulta de VIH de Medicina Interna.
- **Años de evolución de la enfermedad:** Como primera variable y una segunda variable que dividía los pacientes en dos grupos según la mediana para el estudio estadístico posterior.

D. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS:

Datos relativos a la utilización de urgencias (número de consultas anuales).

2. SEGUNDA BASE DE DATOS.

En una segunda base de datos emparejada con la anterior, denominada “sanos”, se completaban los datos de la edad, sexo, nacionalidad, adicción a drogas, tabaco y alcohol, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades psiquiátricas, respiratorias y TBC, antecedentes de hepatitis de los pacientes no VIH, así como el número de consultas a urgencias.

El resto de los datos, como ingresos penitenciarios o prácticas sexuales de riesgo no se pudieron obtener porque no se encontraban recogidos en las historias clínicas de estos pacientes.

3. TERCERA BASE DE DATOS

En una tercera base de datos denominada “*consultas de VIH +*”, se recogieron:

A. MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICO AL ALTA:

Los motivos de consulta y los diagnósticos al alta de cada uno de los pacientes VIH +, considerando cada uno de ellos, como un motivo a contabilizar de forma independiente, aunque el paciente pudiera ser el mismo el que consultara (así, si el mismo paciente había ido a urgencias 8 veces, existía 8 motivos de consulta, ya que éste es el objetivo del estudio, así como su frecuentación el Servicio de Urgencias).

Se reclasificaron después, en diagnóstico final de alta en infeccioso y no infeccioso, para poder realizar estudio posterior e influencia de las características del paciente VIH en el mismo.

B. FRECUENTACIÓN EN URGENCIAS:

Se obtuvo una primera variable (número de veces que el paciente acudió a urgencias) para el estudio descriptivo. Una segunda para el estudio estadístico, dividiéndola, con respecto a la media, en “*frecuentadores*”, los que habían ido 3 ó más veces frente a los que han ido 2 veces o menos.

C. EL MES DE CONSULTA.

D. UBICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:

Según su motivo de consulta en Medicina Interna, Trauma-Cirugía o Psiquiatría.

E. DÓNDE INGRESAN Y ÉXITOS:

Dónde lo hacían (planta o UCI) y los éxitos.

4. CUARTA BASE DE DATOS.

Una cuarta base de datos pareja con la anterior, con la recogida de los mismos datos, del grupo control denominada “consultas no VIH”.

3.6.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para la descripción de los resultados se utilizaron tablas de frecuencias para las variables tanto cuantitativas como cualitativas.

Se calcularon las **Odds Ratio con intervalo de confianza del 95%** para cada variable. Se utilizó la χ^2 para los datos cualitativos

Se procedió a un **análisis estadístico bivariante** contrastando la presencia de asociación y su grado de efecto de las variables dependientes frente a cada una de las variables independientes.

Se estudió si había relación con las variables dependientes: frecuentación de urgencias, los ingresos y si el motivo de consulta era infeccioso frente a las variables independientes: edad, sexo, si eran españoles, si habían estado en la cárcel, si eran fumadores, drogadictos o alcohólicos, así como si tenían relaciones sexuales de riesgo, enfermedades respiratorias, tuberculosis o hepatitis y los últimos recuentos de linfocitos CD4+, carga viral y estadio en las categorías clínicas (A, B y C).

No se consideró a los factores de riesgo cardiovascular en este análisis estadístico bivariante, dado el pequeño porcentaje de los pacientes que los padecían.

Se hizo el mismo tipo de **análisis estadístico bivariante** para el grupo control.

Se realizó un **análisis multivariante, mediante modelo de regresión logística** en el que se incluyeron las variables que en el análisis bivariante alcanzaron una significación de $p < 0,2$ para ambos grupos. La bondad del ajuste del modelo final se analizó mediante el **test de Hosmer y Lemeshow**.

El análisis estadístico se realizó mediante los paquetes **SPSS v 11**.

Finalmente se hizo un estudio comparativo de algunos porcentajes entre ambos grupos, VIH + y control, con el sistema informático R SIGMA.

4. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En el año 2006, en el Hospital de Fuenlabrada, se atendieron 139.400 urgencias, de las que 228 (0,16%) fueron generadas por 117 pacientes VIH + y 256 (0,18 %) por los 117 pacientes control no VIH +.

Las características epidemiológicas (Tabla 4), clínicas, inmunológicas y virológicas se describen a continuación:

a) Edad y sexo: Entre los 117 pacientes VIH + incluidos en el estudio, hay un claro predominio de los varones (75,2%) sobre las mujeres (24,8%), con edades comprendidas entre los 17 y los 74 años, con una edad media de $38 \pm 9,907$. Los pacientes controles se habían escogido con la misma edad y sexo, por lo que los datos no son comparables, en este caso.

b) Permanencia en la cárcel: Predominan los hombres (9%) frente a las mujeres VIH+ (7%), sin diferencia significativa entre ambos sexos.

En el caso de los controles no se encontraba este dato en su historia clínica.

c) Tabaco, alcohol y drogas: Dos tercios de los varones VIH + son fumadores (66%) y consumen drogas (60%), un tercio son alcohólicos (32%).

Los controles varones, fuman la mitad (49%), consumen alcohol poco menos de un cuarto de ellos (19%) y sólo consumen drogas el 1%.

Las mujeres VIH + fuman casi dos tercios de ellas (59%), casi la mitad se drogan (41%) y consumen alcohol un cuarto de las mismas (24%).

Existe un tercio de fumadoras entre las pacientes control (31%), ninguna drogadicta y tan sólo un 3% de ellas son alcohólicas.

Los varones VIH+ son más adictos a drogas que las mujeres con una diferencia significativa ($p < 0,1$). Sin embargo, no tenemos

diferencias entre hombres y mujeres VIH+ en el consumo de tabaco y alcohol (ver figura 12).

Los pacientes VIH+ consumen más alcohol, tabaco y drogas que los controles con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$ y $p < 0,001$ respectivamente) (ver figura 11).

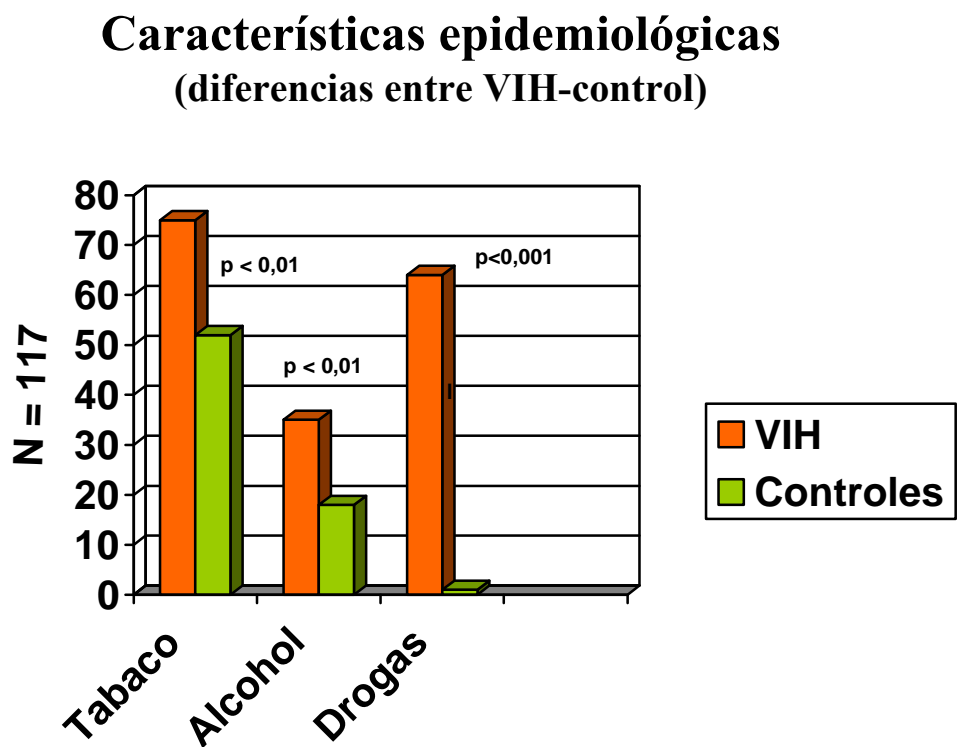


Fig.11. Características epidemiológicas de los VIH+ y controles.

Características epidemiológicas de VIH + (diferencia por sexos)

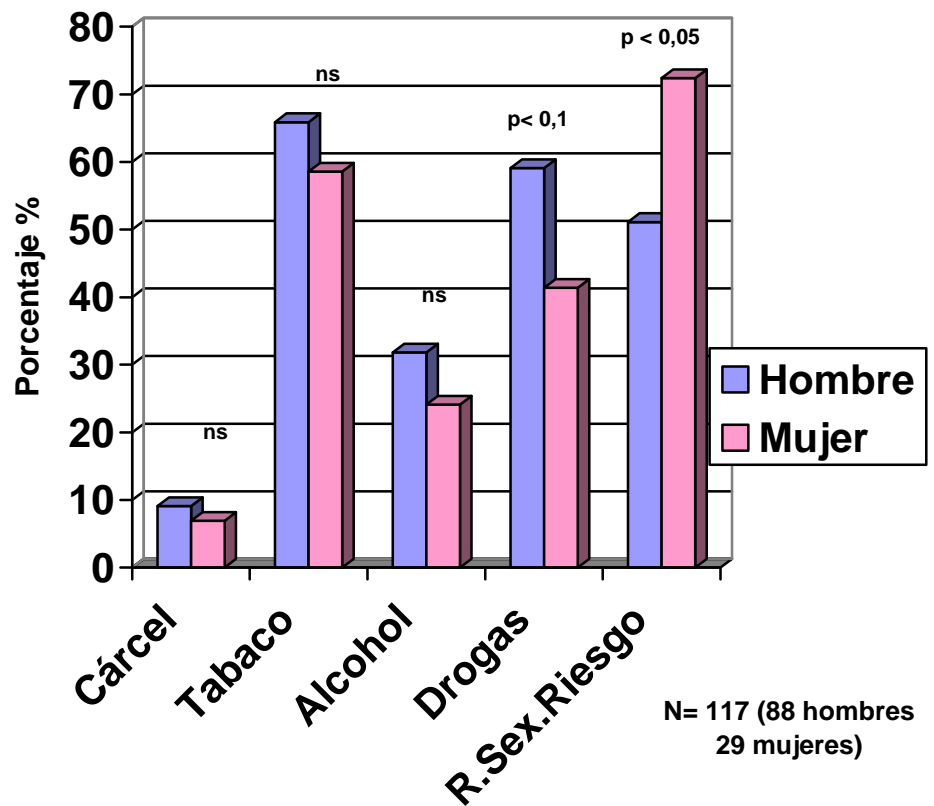


Fig 12. Características epidemiológicas diferenciadas por sexo de los pacientes VIH+ (ns= no significativo).

d) Relaciones sexuales de riesgo: Las mujeres VIH+ tienen más relaciones sexuales de riesgo que los varones (72% frente al 43%) con una diferencia significativa ($p < 0,05$). Casi un cuarto de los hombres VIH+ eran homosexuales (18,2%).

En el caso de los controles no tenemos este dato, dado que no aparecía en su historia clínica.

**Tabla 4. Características de los pacientes VIH + y del grupo control
(n=117)**

Características epidemiológicas	VIH + HOMBRES	VIH+ MUJERES	CONTROLES HOMBRES	CONTROLES MUJERES
NÚMERO	88 (75,2%)	29 (24,8%)	88 (75,2%)	29 (24,8%)
MEDIA DE EDAD	40,3	37,7	40,3	37,7
CÁRCEL	8 (9,1%)	2 (6,9%)	-	-
TABACO	58 (65,9%)	17 (58,6%)	43 (48,9%)	9 (31%)
ALCOHOL	28 (31,8%)	7 (24,1%)	17 (19,3%)	1 (3,4%)
DROGAS	52 (59,1%)	12 (41,4%)	1 (1,1%)	0
R. SEX DE RIESGO (heterosexuales)	29 (24,78%)	21 (72,4%)	-	-
R. SEX DE RIESGO (homosexuales)	16 (18,18%)	-	-	-
TOTAL = 234	117		117	

e) Nacionalidad: En su mayoría eran españoles, tanto en los VIH como en los controles.

Los siguientes en consultar, son el grupo de las mujeres extranjeras VIH+ (24,13%), subsaharianas en su mayoría, con una **diferencia significativa** estadísticamente ($p < 0,05$).

En el caso de los varones comparten porcentaje los del norte de África en los controles y los VIH+ sudamericanos (5,7%).

Tabla 5. Distribución de la nacionalidad de los pacientes VIH+ y controles.

	VIH+ HOMBRES	VIH+ MUJERES	CONTROLES HOMBRES	CONTROLES MUJERES
SUDAMERICANOS	5 (5,7%)	0	1 (1,1%)	0
SUBSAHARIANOS	3 (3,4%)	6 (20,7%)	1 (1,1%)	1 (3,4%)
NORTE AFRICA	0	0	5 (5,7%)	0
EUROPA ESTE	1 (1,1%)	1 (3,4%)	2 (2,3%)	1 (3,4%)
TOTAL	9 (10,22%)	7 (24,13%)	9 (10,22%)	2 (6,9%)

f) Tuberculosis: Han tenido TBC, el 14,7% de los pacientes VIH.

Ha habido dos casos de TBC extrapulmonar en pacientes que se encontraban en estadio C, originarios de Guinea Ecuatorial.

En los controles sólo 2 pacientes tenían TBC pulmonar (un hombre y una mujer).

Los pacientes VIH+ padecen más TBC que el grupo control con una diferencia significativa ($p < 0,01$) (ver figura 14).

g) Antecedente de enfermedades respiratorias: Tienen más enfermedades respiratorias, asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) los pacientes VIH+ (20%) con un porcentaje similar en ambos sexos.

En el caso de los controles son las mujeres las que tienen el doble de porcentaje (14%) de este tipo de enfermedades que los varones, debido a que existen más asmáticas en el grupo.

Los pacientes VIH+ sufren más enfermedades respiratorias que el grupo control con una diferencia significativa en ambos grupos ($p < 0,01$) (ver figura 14).

Tabla 6. Distribución de enfermedades respiratorias entre los VIH+ y grupo control.

	VIH+ HOMBRES	VIH+ MUJERES	CONTROL HOMBRES	CONTROL MUJERES
ENF. RESPT	18 (20,5%)	6 (20,7%)	6 (6,8%)	4 (13,8%)
	TOTAL 24 (20,5%)		TOTAL 10 (8,5%)	

h) Hepatitis: La hepatitis B, C y coinfección B+C es más frecuente entre los VIH, con una diferencia muy significativa con el grupo control ($p < 0,001$) (ver figura 14). Si lo analizamos entre hombres y mujeres VIH+, también encontramos diferencias estadísticamente significativas, **siendo más frecuente la hepatitis en los hombres**, con una $p < 0,01$, sobre todo porque en las mujeres existe menos casos de coinfección B+C y ninguna tenía hepatitis B.

En el caso de los controles, sólo 5 hombres tienen VHB+ y ninguna mujer.

Tabla 7. Frecuencia de portadores de hepatitis en VIH+ y controles.

	VIH+ HOMBRES	VIH+ MUJERES	CONTROL HOMBRES	CONTROL MUJERES
VHB	8 (9,1%)	0	5 (5,7%)	0
VHC	37 (42%)	9 (31%)	0	0
VHB+C	14 (16%)	2 (7%)	0	0
TOTAL	59 (67%)	11 (38%)	5 (5,7%)	0

i) Enfermedades psiquiátricas: Casi un cuarto de los varones VIH+ sufren enfermedades psiquiátricas y más de un tercio de las mujeres. Los intentos autolíticos son más frecuentes entre las mujeres VIH+, casi el doble que los varones, sin existir diferencias significativas por

sexo en probable relación con el número pequeño de pacientes que se maneja.

La distribución es similar en los controles, tres veces más mujeres tienen antecedentes psiquiátricos, aunque en ellos no existen intentos autolíticos.

Existen diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,01$), siendo *más frecuentes las enfermedades psiquiátricas entre el grupo de los VIH+* (ver figura 14).

Tabla 8: Frecuencias de enfermedades psiquiátricas e intentos autolíticos en VIH+ y controles.

	VIH+ HOMBRE	VIH+ MUJER	CONTROL HOMBRE	CONTROL MUJER
ENF. PSQUIÁTRICA	19 (21,6%)	11 (37,9%)	3 (3,4%)	3 (10,3%)
INTENTO AUTOLÍTICO	6 (6,8%)	4 (13,8%)	0	0

j) Factores de riesgo cardiovascular: Los pacientes VIH tienen escasos factores de riesgo cardiovascular. Un 6% tiene dislipemia y un 2% hipertensión. Tan sólo un 3% de las mujeres son diabéticas.

Los controles tienen el doble de hipertensión y diabetes frente a los VIH+ varones, siendo en el caso de la mujeres, un porcentaje más similar, pero siendo también mayor en el caso de las mujeres control.

No existen diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (ver figura 14).

Tabla 9. Distribución de los factores de riesgo cardiovascular en VIH+ y controles.

	VIH+ HOMBRES	VIH+ MUJERES	CONTROLES HOMBRES	CONTROLES MUJERES
HIPERTENSIÓN	2 (2,3%)	0	5 (5,7%)	1 (3,4%)
DIABETES	0	1 (3,4%)	2 (2,3%)	0
DISLIPEMIA	5 (5,7%)	0	3 (3,4%)	1 (3,4%)
> 1 FRCV	2 (2,3%)	1 (3,4%)	5 (5,7%)	1 (3,4%)
TOTAL	9 (10,3%)	2 (6,9%)	15 (17%)	3 (10,3%)

>1 FRCV : más de 1 factor de riesgo cardiovascular

Antecedentes patológicos (diferencias entre VIH+ y controles)

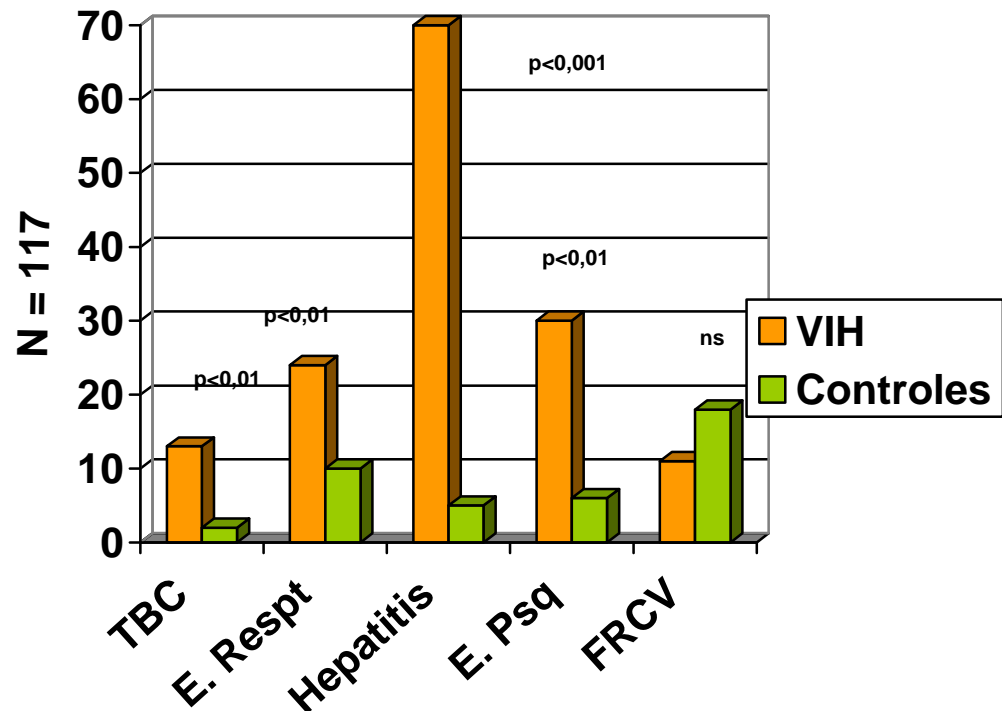


Fig 14. Antecedentes patológicos de grupo VIH + y controles (TBC: Tuberculosis, E.Resp: Enfermedades respiratorias, E. Psq: Enfermedades Psiquiátricas, FRCV: Factores de riesgo cardiovasculares, ns: no significativo)

k) Situación inmunológica: Respecto a la situación inmunológica del VIH, se encuentran la mitad en estadio A, con últimos recuentos de linfocitos CD4+ > 500, frente a un tercio de los pacientes que se encontraban en estadio C (SIDA), con un porcentaje similar, tanto en el caso de los hombres como las mujeres. En la figura 11, se representa gráficamente la distribución de los pacientes en las distintas categorías inmunológicas (CDC-1993) (ver tabla 1).

Tabla 10. Distribución de los pacientes VIH+ varones, según categorías clínico-inmunológicas (CDC-1993).

CATEGORÍAS HOMBRES	A	B	C	TOTAL
1	33 (37,5%)	1 (1,1%)	2 (2,3%)	36 (41%)
2	5 (5,7%)	13 (14,8%)	5 (5,7%)	23 (26,2%)
3	6 (6,8%)	2 (2,3%)	21 (24%)	29 (33%)
TOTAL	44 (50%)	16 (18,2%)	28 (32%)	88 (100%)

Tabla 11. Distribución de los pacientes VIH+ mujeres, según categorías clínico-inmunológicas (CDC-1993).

CATEGORÍAS MUJERES	A	B	C	TOTAL
1	11 (38%)	0	1 (3,4%)	12 (41,3%)
2	4 (13,8%)	1 (3,4%)	3 (10,3%)	8 (27,5%)
3	1 (3,4%)	2 (7%)	6 (20,7%)	9 (31%)
TOTAL	16 (55,1%)	3 (10,3%)	10 (34,4%)	29 (100%)

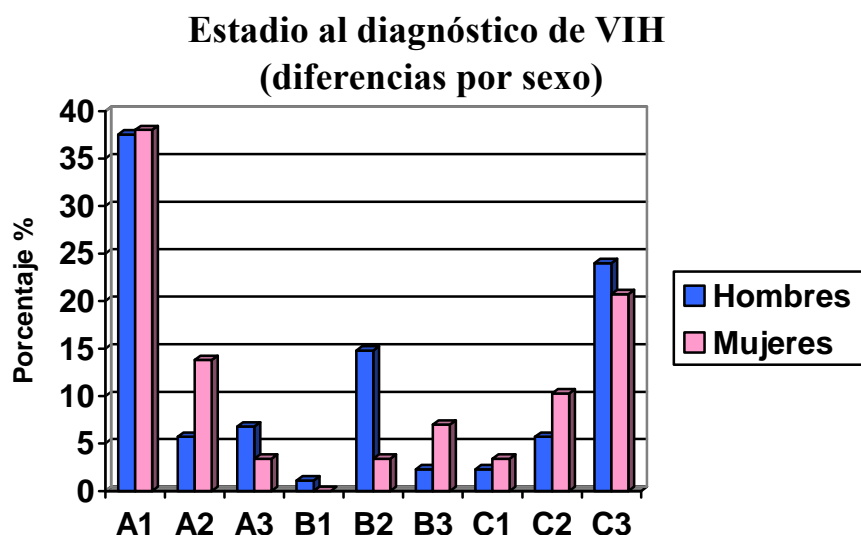


Fig. 15. Distribución de los pacientes VIH+ en los diferentes estadios según la clasificación de CDC-1993.

I) Últimos linfocitos CD4+/ μ L: Desde el punto de vista cualitativo puede verse en la tabla 12, el 41% de los pacientes VIH+ tienen más de 500 linfocitos CD4+/ μ L (categoría 1), mientras que el 26,5% se encuentran entre 200 y 500 linfocitos CD4+/ μ L (categoría 2) y el 32% tenían menos de 200 linfocitos CD4+/ μ L (categoría 3). *Es decir, que casi la mitad de los pacientes VIH+ del estudio, tienen un buena situación inmunológica.*

Cuantitativamente encontramos un valor medio de 432,88 CD4+/ μ L, teniendo los varones una cifra de $434,3 \pm 240,48$ y las mujeres tienen una media de $428,6 \pm 201,54$.

Tabla 12. Distribución de CD4+ en pacientes VIH+.

	VIH + HOMBRES	VIH+ MUJERES	TOTAL (n=117)
> 500 CD4+ μ /L	36 (41%)	12 (41,3%)	48 (41,02%)
499-200 CD4+ μ /L	23 (26,2%)	8 (27,5%)	31 (26,5%)
< 200 CD4+ μ /L	29 (33%)	9 (31%)	38 (32,47%)

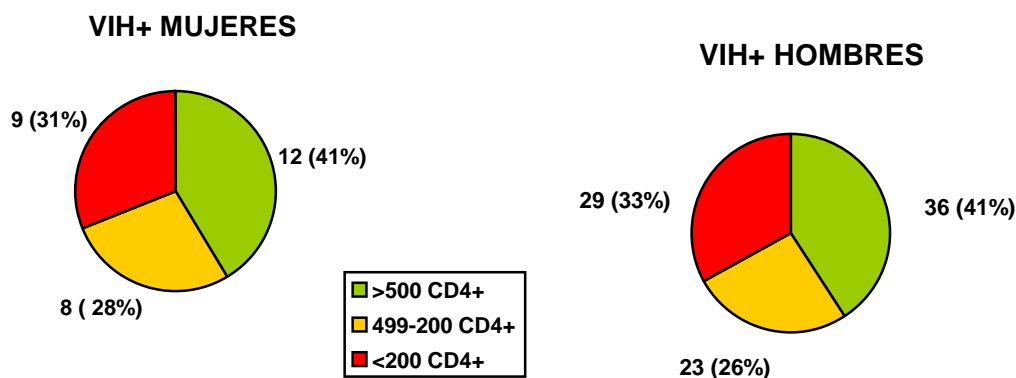


Fig. 16. Porcentaje de linfocitos CD4+ distribuidos por sexos.

m) Situación virológica: la carga viral se ha dividido en más de 50 copias de ARN-VIH/ μ L de plasma y menos de 50 copias como carga viral indetectable.

Dos tercios de los pacientes, tanto hombres como mujeres, tienen una carga viral indetectable.

Los 88 hombres tenían una media de 19,1 copias de ARN-VIH/ μ L con desviación típica de 11,3. Las 29 mujeres tenían una media de 23,8 copias de ARN-VIH/ μ L con desviación típica de 93,45.

Tabla 13. Distribución de carga viral en pacientes VIH+

CARGA VIRAL	VIH+ HOMBRES	VIH+ MUJERES	TOTAL (n=117)
< 50 COPIAS (INDETECTABLE)	67 (76,1%)	20 (79,3%)	87 (74,35%)
>50 COPIAS	21 (23,9%)	6 (20,7%)	27 (23,07%)

Distribución de carga viral por sexos

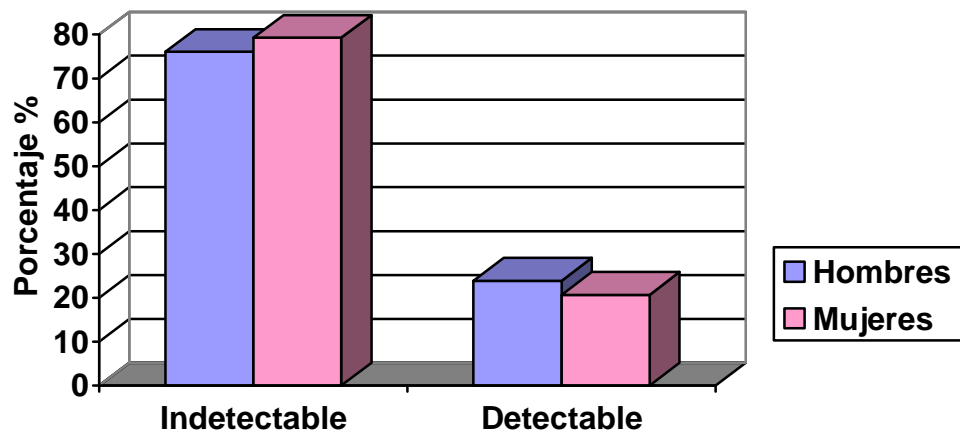


Fig.17. Distribución de carga viral por sexos (Indetectable < 50 copias ARN-VIH/ μ L, Detectable > 50 copias ARN-VIH/ μ L)

n) Años de evolución: Los años de evolución de la enfermedad se ha dividido en más de 8 años o menos de 8 años según la mediana de la distribución.

La mitad de los hombres son enfermos VIH hace más de 8 años y casi tres cuartos de las mujeres llevan menos de 8 años enfermas.

Tabla 14. Años de evolución de enfermedad en pacientes VIH+

	VIH+ HOMBRES	VIH+ MUJERES	TOTAL (n=117)
> 8 AÑOS	49 (55,7%)	9 (31%)	58 (49,57%)
≤ 8 AÑOS	39 (44,3%)	20 (69%)	59 (50,42%)

El porcentaje de hombres (56%) con infección por VIH+ desde hace más de 8 años es significativamente mayor al de las mujeres (31%) ($p < 0,05$)

Años de evolución por sexos

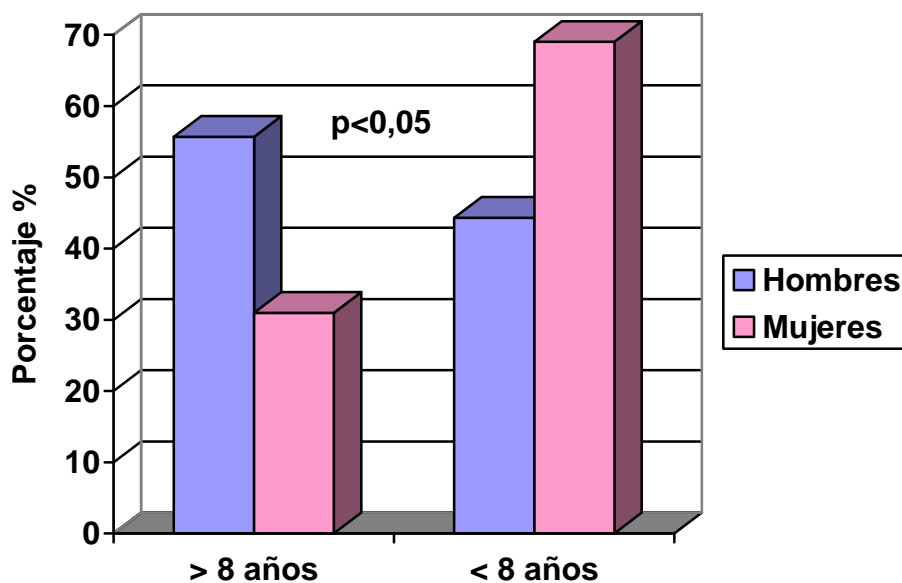


Fig. 18. Años de evolución de la enfermedad por sexos.

o) Tratamiento con TARGA y cumplimiento: más de dos tercios de los pacientes VIH+ están en tratamiento con antirretrovirales de alta eficacia (66%), pero el cumplimiento lo realizan un tercio de los varones (36%) y casi la mitad de las mujeres (44%) sin diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 15. Distribución de pacientes con tratamiento con TARGA y cumplimiento de éste por los pacientes VIH+.

	VIH+ HOMBRES	VIH+ MUJERES	TOTAL (n=117)
TARGA	59 (67%)	18 (62,1%)	77 (65,81%)
CUMPLIMIENTO	21 (35,6%)	8 (44,4%)	29 (37,6%)

TARGA: si realizan tratamiento con antirretrovirales, CUMPLIMIENTO: si realizan tratamiento correctamente.

Tratamiento con TARGA y su cumplimiento por sexos

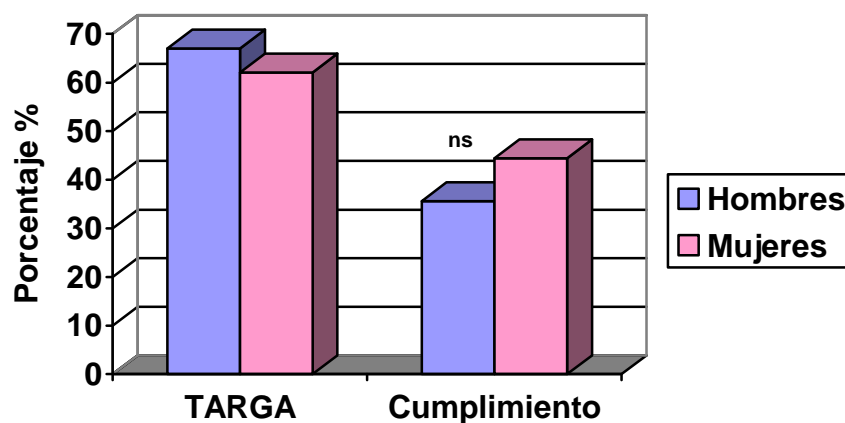


Fig. 19. Tratamiento con TARGA y su cumplimiento por sexos

En resumen, el perfil del paciente VIH+, que acude al servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, durante el año 2006, es de un varón de unos 40 años, español, fumador, alcohólico y adicto a drogas. Con antecedentes de TBC, hepatitis, con enfermedades respiratorias y psiquiátricas. Son VIH+ desde hace 8 años, en estadio A1, es decir con un buen nivel clínico-inmunológico, con una carga viral indetectable, a pesar de tomar de forma errática el tratamiento de antirretrovirales de alta eficacia (TARGA).

4.2 MOTIVOS DE CONSULTA y DIAGNÓSTICOS FINALES

A. DESCRIPCIÓN.

Los motivos de consulta y los diagnósticos finales cuando se fueron de alta, de los pacientes VIH+, durante el año 2006, en el servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, se puede consultar en la tabla 16 y los de los controles en la tabla 17, así como en la figura 20.

Tanto en la tabla 16 como en la 17, se han dividido de la siguiente forma:

-Primera columna: los motivos de consulta (**MC**) por los que los pacientes son filiados en la puerta de entrada a la urgencia por el personal de enfermería, según la clasificación del programa SELENE. Se coloca en mayúsculas y negrita un epígrafe más general, que corresponde a los **motivos de consulta agrupados** (que se verán en la tabla 18, por separado) y en la cuarta columna lo que corresponde a la suma de los motivos siguientes en minúscula y negrita.

-Segunda columna: los diagnósticos cuando se van de alta los pacientes aparecen como el epígrafe **ENFERMEDAD**.

-Tercera columna: aparece el número (**Nº**) de pacientes que tiene esa enfermedad.

-Cuarta columna: el tanto por ciento (**% TOTAL**) que supone la suma de todos los pacientes que tiene los mismos motivos de consulta.

Tabla 16. Motivos de consulta de los pacientes VIH + en el servicio de urgencias, durante el año 2006.

MC	ENFERMEDAD	Nº	%TOTAL (n=228)
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS			44(19,29%)
Dolor torácico	Pericarditis Infarto agudo miocardio Dolor precordial Inf. respiratoria Neumonía comunidad Ansiedad Esofagitis Candidiásica Trauma costal	1 3 1 4 1 1 1 8	20 (8,77%)
Tos y disnea	Inf. respiratoria Ansiedad Neumonía comunidad Neumotórax	16 3 4 1	24 (10,52%)
FIEBRE	Inf. respiratoria Neumonía comunidad Neumonía P. jirovecii ITU PNA Inmunosupresión Inf. cutánea Malaria Endocarditis	11 9 1 2 2 4 3 1 1	34 (14,91%)
SÍNTOMAS DIGESTIVOS			44 (19,29%)
Vómitos y diarrea	GEA Diarrea x TARGA Colon irritable Crisis hipertiroidea Inf. hepática Colitis ulcerosa	15 1 1 1 1 2	21 (9,21%)

Dolor abdominal	Colitis isquémica	1	23 (10,08%)
	PNA	1	
	CRU	2	
	RAO	1	
	ITU	2	
	Estreñimiento	3	
	Descomp. hepática	4	
	Obst. Intestinal	2	
	Gastritis	2	
	Pancreatitis	2	
	Adenocarcinoma	1	
	Apendicitis	1	
	Cólico biliar	1	
MEG	Neumonía comunidad	1	26 (11,84%)
	Inf. respiratoria	3	
	Intento autolítico	4	
	Hipoglucemia	1	
	Intoxicación por drogas	1	
	Ansiedad	6	
	Encefalop. hepática	5	
	Intoxicación etílica	5	
TRAUMATOLÓGICOS	Fractura	8	46 (20,17%)
	Luxación	1	
	Lumbal/cervicalgia	8	
	Policontusiones	8	
	Contusión	12	
	Artritis	4	
	Herida	5	
DERMATOLÓGICOS			24 (10,52%)
Lesión en piel	Virus Herpes	4	17 (7,45%)
	LUES	1	
	Tumores	2	
	Adenopatía	1	
	Absceso	4	
	Hematoma(trombopenia)	4	
	Dermatitis	1	
Lesión ano-genital	Balanitis	2	7 (3,07%)
	Hemorroides	2	
	Epididimitis	3	

NEUROLÓGICOS	Toxoplasmosis cerebral	1	6 (2,63%)
	Cefalea postpunción	1	
	Cefalea	1	
	Polineuropatía	1	
	Crisis comicial	1	
	Neuralgia	1	
OTROS	Odontalgia	2	4 (1,75%)
	Problema social	2	

MC: motivo de consulta. Enfermedad: diagnóstico al alta o al ingreso. N°: número de casos. % TOTAL: Tanto por ciento que representa de los 228 motivos de consultas totales. Neumonía comunidad: neumonía adquirida en la comunidad. P. jiroveci: Pneumocystis jiroveci. GEA: gastroenteritis. PNA: pielonefritis. CRU: crisis renoureteral. RAO: retención aguda de orina. ITU: infección urinaria. Obst: obstrucción. Inf: infección. MEG: Malestar general. Descomp: descompensación.

Tabla 17. Motivos de consulta de los pacientes controles en el servicio de urgencias, durante el año 2006.

MC	ENFERMEDAD	Nº	%TOTAL (n=256)
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS			33 (12,89%)
Dolor torácico	Dolor atípico	8	17 (6,64%)
	IAM no Q	1	
	Sd coronario	3	
	Neumonía	2	
	CE esofágico	1	
	Infec. respiratoria	1	
	Trauma costal	1	
Tos y disnea	Broncoespasmo	6	16 (6,25%)
	Infec respiratoria	6	
	Inh de gas	1	
	ICC	2	
	Neumonía	1	
FIEBRE	Inf. respiratoria	13	16 (6,25%)
	Neumonía comn	2	
	Gingiv. herpética	1	
SÍNTOMAS DIGESTIVOS			58 (22,65%)
Vómitos y diarrea	GEA	8	8 (3,12%)

Dolor abdominal	Hernia umbilical CRU Dolor inespecífico Hepatopatía Enf de Crohn Pancreatitis Diverticulitis PNA ITU Epigastralgia Estreñimiento Carcinomatosis	2 14 7 1 1 2 3 2 6 7 4 1	50(19,53%)
MEG	Poliglobulia Inf. respiratoria ITU Neumonía Ansiedad Intoxicación por F	1 4 1 1 6 1	14 (5,46%)
TRAUMATOLÓGICOS	Fractura Esguince Lumbal/cervicalgia Contusión Artritis Herida Omalgia Policontusiones	6 10 20 5 6 4 9 3	63 (24,61%)
DERMATOLÓGICOS			17 (6,64%)
Lesión en piel	Virus Herpes Picadura avispa Urticaria Ptiriasis rosada Varicela Hematomas	1 2 9 1 2 1	16 (6,25%)
Lesión ano-genital	Hemorroides	1	1 (0,39%)

NEUROLÓGICOS	Cefalea	10	25 (10,15%)
	Mareo	12	
	Miastenia	2	
	Parálisis facial	1	
OTROS	Odontalgia	9	30 (11,71%)
	Palpitaciones	2	
	Epistaxis	2	
	Ojo rojo	9	
	Artritis reumatoide	2	
	Hematuria	3	
	Otalgia	3	

MC: motivo de consulta. Enfermedad: diagnóstico al alta o al ingreso. Nº: número de casos. % TOTAL: Tanto por ciento que representa de los 256 motivos de consultas totales. Neumonía comn: neumonía adquirida en la comunidad. GEA: gastroenteritis. PNA: pielonefritis. CRU: crisis renoureteral. ITU: infección urinaria. Inf: infección. MEG: Malestar general. IAM: infarto agudo de miocardio. Sd: síndrome. CE: cuerpo extraño. Enf: enfermedad. Gingiv: gingivostomatitis. ICC: insuficiencia cardiaca congestiva. Inh: inhalación.

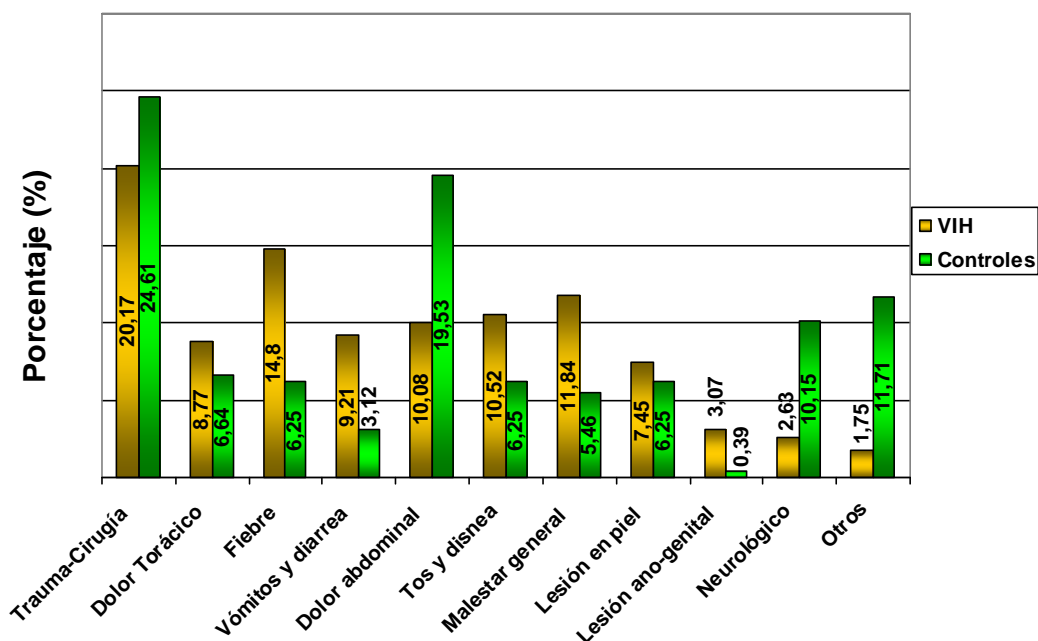


Fig 11: Comparativa de los motivos de consulta entre VIH (n=228) y controles (n=256)

Se han agrupado los diferentes motivos de consulta con el fin, que su estudio sea más claro y se pueda hacer comparaciones entre ambos grupos en estudio, VIH+ y controles.

- a. **Motivos de consulta TRAUMATOLÓGICOS:** Podemos observar en la tabla 14 y 15 que el motivo de consulta más frecuente son los traumatológicos, como tal, como un 20,17 % de los VIH y 24,61% de los controles, sin tener diferencias estadísticamente significativas.

Sabemos que 9 de ellos fueron motivados por accidentes de tráfico, 2 en los controles, 6 por agresiones frente a 3 de los controles y 3 por accidentes laborales de los VIH y 13 de los controles.

- b. **Motivos de consulta DIGESTIVOS:** Se han agrupado bajo este epígrafe los motivos de consulta de las tablas 14 y 15 “*vómitos y diarrea*” + “*dolor abdominal*”. Lo constituyen el 19% de los VIH+ y el 23% de los controles, sin diferencias significativas estadísticamente. Comparten el 2º motivo de consulta con los

motivos de consulta respiratorios que han sido valorados en la parte de Medicina Interna de la Urgencia.

En el caso de los VIH+ acudieron a urgencias 15 pacientes por gastroenteritis, frente a 8 pacientes control, que fueron con más frecuencia por cólicos renales (14 pacientes), frente a los 2 cólicos de los pacientes VIH+.

Caso aparte lo constituye los 4 pacientes que consultaron por descompensación hepática, de los cuales fallecieron 2 de ellos, por fracaso hepático (con 46 y 37 años), constituyendo los éxitus totales de ambos grupos.

- c. **Motivos de consulta RESPIRATORIOS:** Se han agrupado en este caso el “*dolor torácico*” + “*tos y disnea*”. Constituyen el 19,3% de los VIH+ y el 13% de los controles, con una diferencia significativa con un $p < 0,1$.

Al alta, han sido diagnosticados como **infección respiratoria** 20 pacientes VIH+, cuyo motivo de consulta fueron 4 como “dolor torácico” y 16 como “tos y disnea”.

En el caso de los controles, 7 pacientes tuvieron infección respiratoria, que fueron clasificados 1 como “dolor torácico” y 6 como “tos y disnea”.

Hubo 5 **neumonías** adquiridas en la comunidad diagnosticadas con estos motivos de consulta: 4 por “tos y disnea”, 1 como dolor torácico. En el caso de los controles, fueron 3, como “tos y disnea” uno y 2 como “dolor torácico”.

Hubo 3 **infartos agudos de miocardio entre los VIH+**, que precisaron ingreso en UVI, cuyo motivo de consulta fueron “dolor torácico”. Los pacientes fueron: dos hombres (uno de ellos de 45 años, en estadio C3, fumador, alcohólico y adicto a drogas, y otro es estadio B1, de 52 años, homosexual, sin factores de riesgo cardiovascular) y una mujer de 54 años diabética, fumadora y alcohólica, en estadio C3.

En el grupo control con motivo de consulta “dolor torácico”, hubo un infarto y 3 síndromes coronario agudo que precisó ingreso

en UVI, todos ocurridos en la misma paciente hipertensa, diabética con dislipemia de 47 años.

Otro diagnóstico al alta interesante, por lo que representa, es el paciente VIH+, con **esofagitis candidiásica**, que consultó por dolor torácico, que constituyó uno de los 3 enfermos que consultaron por enfermedades oportunistas.

- d. **Motivo de consulta FIEBRE:** Es más **frecuente entre el grupo de los VIH+** (constituye el 15% frente al 6% de los controles), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

La mayoría de los diagnósticos al alta fueron, en el caso de los VIH+, 11 pacientes con infección respiratoria y 10 con neumonía (**una de ellas por P. jirovecii**) frente al grupo control con 13 infecciones respiratorias y 2 neumonías.

Debemos destacar que en el caso de los VIH+, tuvieron fiebre 4 pacientes que se le diagnosticó de **inmunosupresión severa**.

- e. **Motivo de consulta Mal Estado General (MEG):** Es clasificado **más frecuentemente** de este modo el **grupo VIH +** (el 11% de los pacientes VIH+ y al 5% de los controles), con una diferencia significativa ($p < 0,05$).

Aquí el diagnóstico al alta más frecuente, es la ansiedad, en los dos grupos por igual, con un número de 6 pacientes. También aparecen aquí las infecciones respiratorias (3) y las neumonías (1) de los VIH+ y del grupo control, 4 y 1 respectivamente.

Hay que destacar que tras el “mal estado general” había 5 pacientes con encefalopatía hepática y 5 con intoxicación etílica entre los VIH+.

- f. **Motivos de consulta DERMATOLÓGICOS:** Se unen las “lesiones en piel” + “lesiones ano-genitales”. Tiene al 11% de los pacientes VIH+ y al 7% de los controles, con una diferencia no estadísticamente significativa.

De estos pacientes VIH+, 4 tenían una infección por herpes, 4 abscesos y 4 hematomas por **trombopenia**. En el caso de los controles, la mayoría (9) tenía urticaria.

- g. Motivos de consulta NEUROLÓGICOS:** En este caso consultaron por este motivo en **mayor número los controles** (3% de los VIH+ frente al 25% de los controles), **con una diferencia muy significativa ($p < 0,001$)**.

Los VIH+ fueron dado de alta con 1 caso de **toxoplasmosis cerebral**. Los controles fueron valorados por 10 casos de cefalea y 12 mareos de origen no neurológico.

- h. Motivos de consulta OTROS:** En este grupo se encuentran todos aquellos motivos de consulta más variados, difícil de encuadrar en un epígrafe común. **Aquí tenemos a mayor número de pacientes del grupo control (2% de los VIH+ y al 12% de los controles), con una diferencia estadísticamente muy significativa ($p < 0,001$)**.

En el caso de los VIH+ se les trató a 2 de ellos por odontalgia y 2 por problemas sociales. Los controles tuvieron motivos más variados, desde 9 casos de ojo rojo y de odontalgia, 3 con otalgias y hematurias, 2 con palpitaciones, epistaxis y artritis reumatoide.

En resumen:

- 1. Que la fiebre es el motivo de consulta más frecuente entre los VIH+ ($p < 0,01$)**
- 2. Cabe destacar que las infecciones como tal, constituyeron el 31,1% (71 pacientes) de los diagnósticos de alta de los VIH+ y el 19,9% (51) de los controles ($p < 0,001$)**
- 3. Las infecciones oportunistas en los VIH+, sólo las han padecido, tres pacientes (1,3%): esofagitis candidiásica, neumonía por *P. jirovicii* y toxoplasmosis cerebral.**
- 4. Los pacientes del grupo control han consultado con más frecuencia por motivos neurológicos y dentro del epígrafe “otros” ($p < 0,001$).**

A continuación se expone la tabla 18, con los datos de los motivos de consulta anteriores, agrupados y con su significación estadística.

Tabla 18. Comparativa de motivos de consulta agrupados

	VIH+	CONTROLES	TOTAL	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
RESPIRATORIOS	44	33	77	p < 0,1
DIGESTIVOS	44	58	102	No significativo
FIEBRE	34	16	50	p < 0,01
MEG	26	14	40	p < 0,05
DERMATOLÓGICOS	24	17	41	No significativo
NEUROLÓGICOS	6	25	31	p < 0,001
OTROS	4	30	34	p < 0,001
TOTAL	228	256	484	

RESTO: se incluyen síntomas dermatológicos, traumatológicos y otros de las tablas 14 y 15.

MEG: malestar general.

Realizado con el paquete estadístico R sigma (comparación de porcentajes)

$\chi^2 = 30,7447$, con 5 grados de libertad y $p < 0,001$

Como se puede observar, los pacientes VIH han consultado con mayor frecuencia por motivos respiratorios, por fiebre y por malestar general (ver significación estadística en tabla 18)

Tabla 19. Diagnósticos al alta más frecuentes en ambos grupos (VIH y controles).

	GEA	CRU	I. RESPT	NEUMONIA	OTROS
VIH+	15 (6,57%)	2 (0,87%)	34 (14,9%)	16 (7,01%)	161
CONTROL	8 (3,12%)	14 (5,46%)	24 (9,37%)	6 (2,34%)	204
TOTAL					484

GEA: gastroenteritis aguda, CRU: cólico renal, I. Respt: infección respiratoria.

Prueba de $\chi^2 = 20,9159$, 4 grados de libertad, con $p < 0,001$.

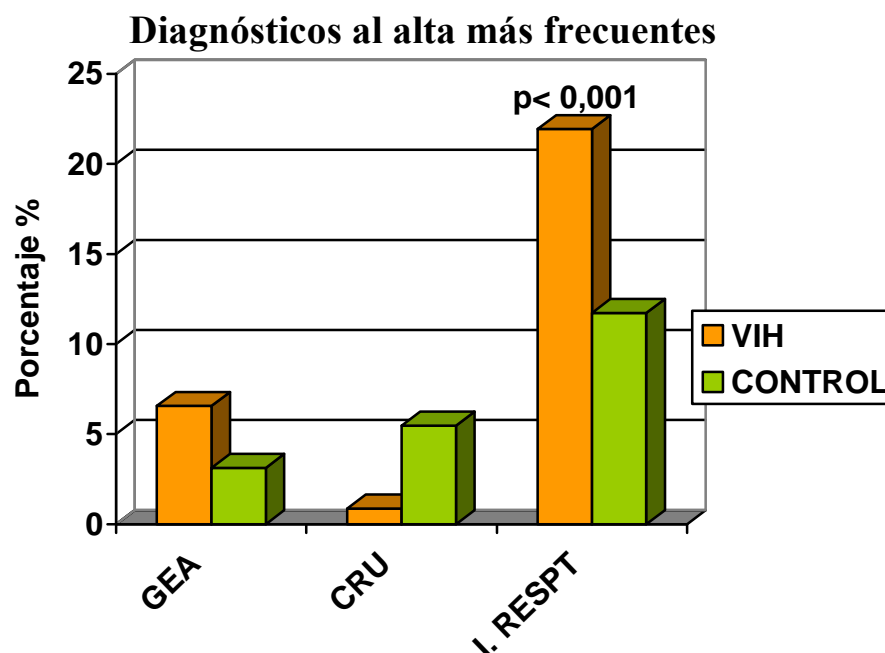


Fig. 21. Diagnósticos al alta más frecuentes entre los VIH y los controles (GEA: Gastroenteritis, CRU: Crisis Renoureteral, I.Resp: Infección Respiratoria)

Los diagnósticos al alta más frecuentes en ambos grupos son las **INFECCIONES RESPIRATORIAS** incluyendo en el mismo a las neumonías. A pesar de ello, éstas son más frecuentes entre los VIH+ (21,93% frente al grupo control 11,72%) con una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0,001$.

B ANÁLISIS MULTIVARIANTE (Infección como diagnóstico de alta)

Las **consultas por causa infecciosa** han sido realizadas en su mayoría por los pacientes VIH+ (31,1% de pacientes VIH + frente a 19,9% del grupo control) con una **diferencia muy significativa** entre ambos grupos ($p < 0,001$).

Se realizó un análisis bivalente entre los diferentes motivos que podían influir en los pacientes VIH+ para que el diagnóstico de alta fuera INFECCIÓN. Se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, nacionalidad,

adicción a drogas, tabaco o alcohol, prácticas sexuales de riesgo o ser homosexual, estadio de la enfermedad y por último enfermedades independiente del VIH+ como hepatitis, factores de riesgo cardiovascular, tuberculosis, enfermedades psiquiátricas o respiratorias.

Las variables que en el análisis bivalente alcanzaron una significación estadística se someten al análisis multivariante ajustándolas finalmente con el test de Hosmer y Lemeshow.

Se observó que estaba relacionado VIH+/INFECCIÓN (diagnóstico de alta), con que los pacientes VIH+ se encontraran en **estadio C** según CDC-93, con una OR 3,38 para un intervalo de confianza del 95% [IC 1,60-7,17] con una $p < 0,001$, fueran **alcohólicos** y padecieran **tuberculosis** con una OR 0,47 [IC 0,26-0,85] y 0,32 [IC 0,13-0,77] respectivamente para un intervalo de confianza del 95% con una $p < 0,01$ (ver tabla 20 y 21).

Tabla 20. Análisis bivalente de consultas por motivo infeccioso en VIH+

	n	%	OR	IC	p
Edad ≤ igual 38	51	54,3	0,9	0,53-1,3	0,71
Hombre	88	75,2	0,61	0,34-1,11	0,1
Español	79	84	4,71	0,20-1,07	0,07
Cárcel	8	9,1	1,05	0,46-2,40	0,9
Fumador	58	65,9	1,05	0,60-1,81	0,86
Drogas	52	59,1	0,69	0,4-1,19	0,18
Alcohol	28	31,8	0,51	0,3-0,9	0,01
Sexo riesgo	45	51,1	1,4	0,82-2,36	0,22
Homosexual	21	23,9	1,62	0,74-3,55	0,21
Estadio A	44	50	1		
B	16	18,2	1,66	0,86-3,38	
C	28	32	1,24	0,68-2,25	0,38
CD4 >500	36	41	1		
499-200	23	26,2	1,05	0,54-1,86	
<200	29	33	2,55	1,27-5,12	0,02
FRCV	9	10,3	1,68	0,6-4,82	0,32
Hepatitis	59	67	1,2	0,66-2,13	0,55
TBC	13	14,7	0,45	0,2-0,98	0,04
Enf respiratorias	13	13,8	1,27	0,57-2,81	0,55
Enf psiquiátricas	19	28,7	0,8	0,44-1,41	0,43

Tabla 21. Análisis multivariante

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
ALCOHOL(1)	-0,74	0,29	6,18	1	0,01	0,47	0,26	0,85
CD4ULT			10,96	2	0,004			
CD4ULT(1)	0,14	0,32	0,20	1	0,65	1,15	0,61	2,19
CD4ULT(2)	1,22	0,38	10,18	1	0,001	3,38	1,60	7,17
TBC(1)	-1,11	0,44	6,45	1	0,01	0,32	0,13	0,77
Constante	-0,22	0,23	0,97	1	0,32	0,79		

Variable(s) introducida(s) en el paso 1: ALCOHOL, CD4ULT, TBC.

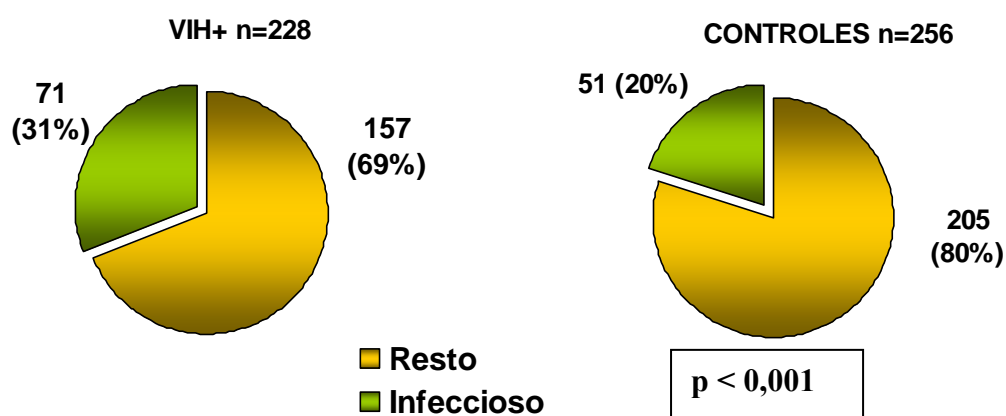


Fig 22: Diagnóstico al alta “INFECCIÓN”. Comparativa entre VIH y grupo control, estadísticamente significativa, con una $p < 0,001$.

En los pacientes controles no se encontró influencia alguna, al realizar el análisis bivalente, entre las variables independientes ser español, fumador, drogadicto, alcohólico, padecer hepatitis, TBC, enfermedades respiratorias o psiquiátricas con que el diagnóstico al alta fuera una “INFECCIÓN”.

En resumen: los pacientes VIH + que son dados de alta con el diagnóstico de infección, son aquellos que están en un estadio C de la enfermedad (SIDA), que son alcohólicos y padecen tuberculosis.

4.3 FRECUENTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

A. MES DE CONSULTAS:

En el mes de Enero se realizaron 29 consultas urgentes por parte de los enfermos VIH+ (13%) y 49 (19,1%) por parte de los controles, seguido muy de cerca por las 26 consultas de Mayo (11 y 11,7% respectivamente).

B. LUGARES DE CONSULTA:

Se han realizado en total 182 (79,83%) de visitas urgentes a Medicina Interna por los VIH y 193 (75,4%) por los controles, 46 (20,17 %) a Trauma-Cirugía de los VIH y 63 (24,6%) los controles, sin encontrarse en ambos grupos ninguna diferencia estadísticamente significativa.

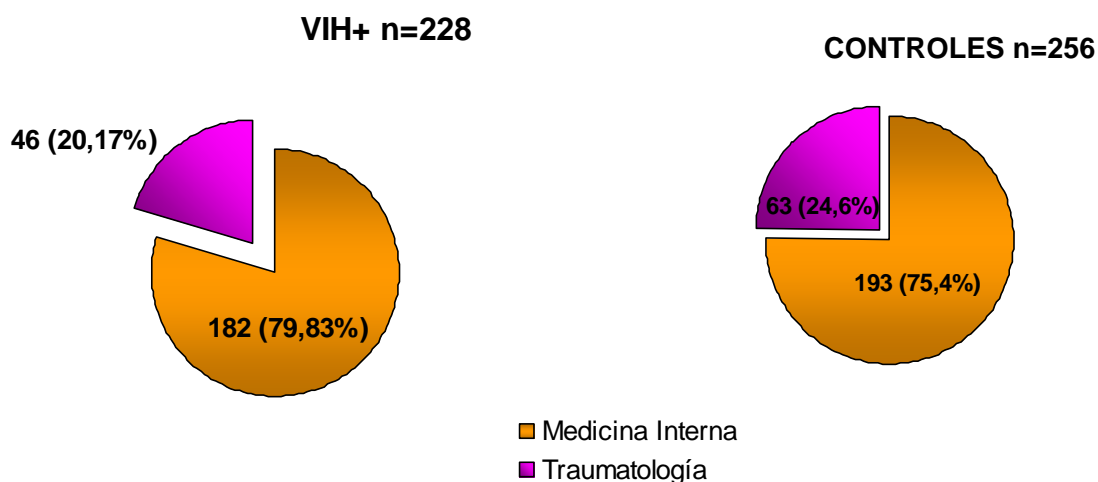


Fig 23: Comparativa entre lugares de consulta de VIH (n=228) y controles (n=256) sin ser su diferencia estadísticamente significativa.

C. FRECUENTACIÓN (Número de visitas a urgencias):

Han ido 3 ó más veces a urgencias 22 pacientes VIH (19%) frente a 36 (30,8) de los controles. De este grupo de **frecuentadores**, 5 pacientes nos han visitado más de 7 veces en 2006.

Es decir el grupo de los controles son más frecuentadores de Urgencias que el VIH + con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 22. Nivel de frecuentación del servicio de urgencias de los pacientes VIH+.

HAN IDO 3 ó MÁS VECES	22 (19%)
HAN IDO 2 VECES ó MENOS	95 (81%)

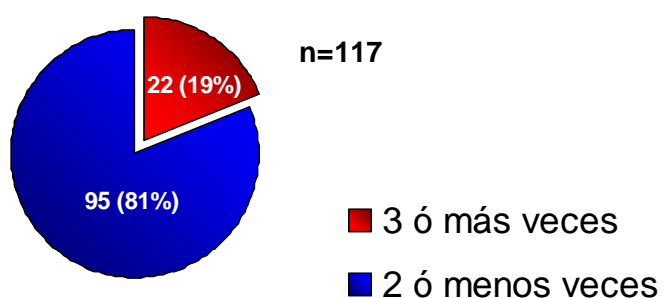
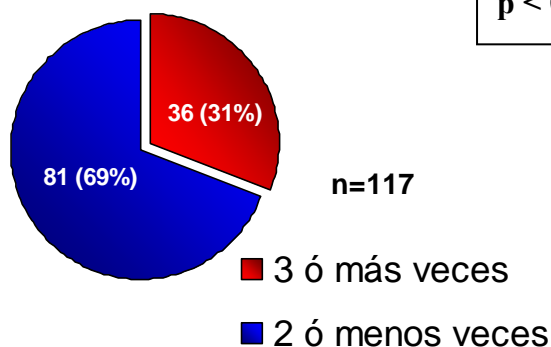


Tabla 23. Nivel de frecuentación del servicio de urgencias de los pacientes control.

HAN IDO 3 ó MÁS VECES	36 (30,8%)
HAN IDO 2 VECES ó MENOS	81 (69,2%)



$p < 0,05$

D. ANÁLISIS MULTIVARIANTE (Frecuentación)

Según el análisis multivariante, que se realizó para estudiar que factores se asociaban con que los pacientes VIH fueran frequentadores de urgencias (ir 3 ó más veces) se encontraron los siguientes motivos: **ser menor de 38 años de edad** (con una OR 3,31 para un intervalo de confianza del 95% [IC 1,70-6,44]; $p < 0,0001$), con antecedente de **alcoholismo** (OR 4,86 [IC 2,48-9,55]; $p < 0,0001$), portador de **hepatitis** (OR 3,59 [IC 1,54-8,36]; $p < 0,05$), encontrarse en **estadio A** de la enfermedad (OR 3,65 [IC 1,46-9,15]; $p < 0,05$) y haber estado en la **cárcel** (OR 3,23 [IC 1,20-8,74]; $p < 0,05$).

Tabla 24. Análisis multivariante de frequentadores VIH+

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
CÁRCEL (1)	1,175	0,506	5,386	1	0,02	3,239	1,201	8,74
ALCOHOL(1)	1,582	0,344	21,169	1	0,0001	4,866	2,48	9,548
ESTADIO			7,658	2	0,022			
ESTADIO (1)	1,296	0,468	7,65	1	0,006	3,654	1,459	9,152
ESTADIO (2)	0,518	0,392	1,747	1	0,186	1,678	0,779	3,615
HEPATITIS(1)	1,279	0,431	8,804	1	0,003	3,592	1,544	8,361
EDAD (<38) (1)	1,198	0,339	12,466	1	0,0001	3,312	1,704	6,439
Constante	-3,23	0,465	48,151	1	0	0,04		

Sin embargo, al realizar el análisis bivariante para los pacientes del grupo control, no se encontró ninguna variable independiente con $p < 0,2$, para realizar el análisis multivariante, por lo que no se encontró ningún factor que influyera en que acudieran con más frecuencia a urgencias que el grupo de los VIH+.

Los pacientes VIH+ que acuden a la urgencia, a pesar de ser un menor número que el grupo control, son aquellos menores de 38 años, que ha estado en la cárcel y son alcohólicos. Que padecen tuberculosis y hepatitis, y se encuentran en un buen estadio clínico de la enfermedad.

4.4 INGRESOS

A. DESCRIPCIÓN:

Ingresa en planta 68 pacientes (29,82%) de los pacientes VIH+ y 35 controles (13,7%) que acuden a urgencias, con una diferencia significativa $p < 0,001$.

A la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) van 5 pacientes (4,27%), 3 por infarto y 2 por descompensación hepática, falleciendo estos dos últimos (1,7%). Los pacientes del grupo control, van en 2 ocasiones a las UCI, por infarto, sin diferencias significativas entre ambos grupos en este caso.

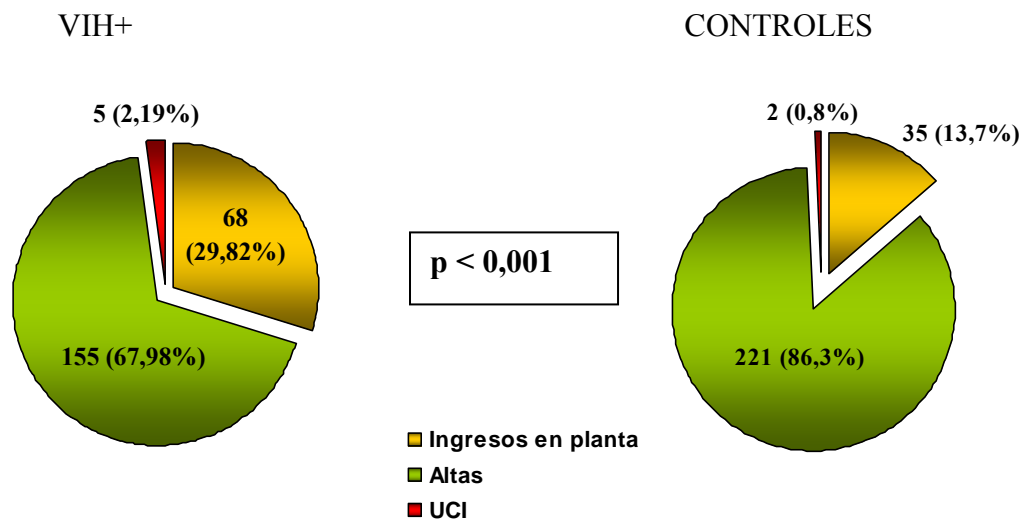


Figura 24: Comparativa de ingresos y altas entre VIH (n=228) y controles (n=256) con diferencia significativa $p < 0,001$.

Es decir, que los pacientes VIH+ ingresan más en planta que los pacientes del grupo control con una diferencia estadísticamente muy significativa ($p < 0,001$). Sin embargo, no existe diferencias entre ambos grupos con respecto a su ingreso en UCI.

B. ANALISIS MULTIVARIANTE:

En el análisis multivariante que se realizó en el grupo VIH+ para estudiar a qué variables se asociaba una mayor número de ingresos, arrojó el siguiente resultado: el recuento de linfocitos **CD4+/ μ L menor de 200** y una carga viral

detectable (> 50 copias/ μ L) se asoció a más ingresos (con una OR 3,53 para un intervalo de confianza del 95% [IC 1,635-7,650] y OR 5,41 [IC 2,60-11,27], respectivamente, con una $p < 0,001$).

Tabla 25. Análisis multivariable para ingreso de los VIH+.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
EDAD (<38) (1)	-,648	,351	3,421	1	,064	,523	,236	1,039
SEXO	,880	,417	4,448	1	,035	2,410	1,064	5,459
ESTADIO			10,634	2	,005			
ESTADIO (1)	,635	,475	1,790	1	,181	1,888	,744	4,789
ESTADIO (2)	1,263	,394	10,301	1	,001	3,537	1,635	7,650
C VIRAL (1)	1,689	,374	20,382	1	,000	5,414	2,601	11,272
Constante	-2,421	,507	22,820	1	,000	,089		

Al realizar el análisis bivalente con respecto al grupo control, no se encontró ninguna variable que tuviera una $p < 0,2$ para realizar el análisis multivariante. No existía ninguna variable independiente que influyera en que ingresaran en mayor número de ocasiones.

Es decir que los pacientes VIH+ que ingresan con más frecuencia son los que se encuentran en un peor estadio de la enfermedad con un recuento de linfocitos CD4 < 200/ μ L y una mayor carga viral.

5 DISCUSIÓN

Desde la aparición del SIDA a principios de los años 80¹ hasta la comercialización del primer antirretroviral (AZT) transcurrieron casi siete años sin que los médicos pudieran hacer otra cosa más que intentar prevenir, con desigual fortuna, las infecciones oportunistas¹⁴.

Durante el primer lustro de los años 90, al tiempo que aparecían otros inhibidores de transcriptasa (DDI, DDC) usados en monoterapia o terapia combinada, los médicos aprendieron, no sólo a prevenir, sino a tratar con eficacia las principales infecciones oportunistas (*P. jirovecii*, *Toxoplasma*, TBC)¹⁵. Este enfoque logró una mayor supervivencia de los pacientes y un cambio en el espectro clínico de las manifestaciones, de modo que los pacientes que antes fallecían por infecciones oportunistas, empezaron a morir por caquexia¹⁶, demencia o tumores¹⁷ asociados a la infección por el VIH.

Podemos afirmar que fue en la segunda mitad de los años 90 (es decir, después de tres lustros de SIDA) cuando se produjo, en los países desarrollados, un cambio espectacular en el manejo de la infección por VIH¹⁸. En efecto, casi simultáneamente aparecieron los primeros inhibidores de la proteasa (1996) y se generalizó en nuestro país el empleo de la carga viral (1997)¹⁹.

La combinación de estos factores ha dado lugar a que entre 1996-2000 se haya producido una espectacular disminución de mortalidad por SIDA en el mundo desarrollado^{20 21}. Actualmente en nuestro medio, los pacientes VIH+ que siguen correctamente un tratamiento antirretroviral adecuado, logran una importante reducción de su carga viral plasmática, prácticamente ya no desarrollan nuevos eventos definitorios de SIDA y, lo que parecía casi impensable antes de 1996, experimentan en la mayoría de los casos una importante mejoría de su situación inmunitaria, como hemos podido comprobar en nuestro trabajo.

5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Un aspecto importante que debemos tener en cuenta es la **variabilidad de los pacientes VIH+** según el lugar geográfico donde se realiza el estudio. El nuestro se ha realizado en Fuenlabrada, localidad del sur de Madrid de unos 215.000 habitantes, compuesta por familias de clase obrera, en su mayoría con nivel cultural bajo. En su mayoría proceden de la inmigración de los años 60-70 desde Extremadura, Castilla La Mancha y Andalucía a la ciudad.

Conviene resaltar que éste hospital está en funcionamiento desde el año 2004. Los pacientes VIH+ anteriormente eran seguidos por el Servicio de Infecciosas del Hospital Severo Ochoa y parte de ellos aún lo conservan como su hospital de referencia. Por lo cual, es posible que los pacientes VIH+ hayan venido en menor cantidad a nuestro hospital.

5.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. **Edad:** hace una década la edad media de los pacientes VIH+ estaba cercana a los 29 años²². Es sabido, como se ha comentado en la introducción, que se ha producido un “*envejecimiento*” de la población VIH. Este aumento de la edad se observa tanto en nuestra serie (38 años) como en la publicada por el Registro Nacional del SIDA en 2006 donde se acercan a los 40 años^{12 13}.

Las razones de este envejecimiento son variadas, pero no cabe duda que la mayor supervivencia es debida a la aparición de los **tratamientos antirretrovirales**¹².

Se aprecia una tendencia de la infección a convertirse en una **enfermedad crónica**^{23 24 25}, con una media de 8 años de evolución en nuestros pacientes, así como una disminución importante de la mortalidad, en nuestra serie tan solo del 1,7%. (Ver fig. 3)

2. **Sexo:** en la muestra predominan los **varones** (75,2%) con un porcentaje similar al del Registro Nacional del 2006, donde constituyen el 78%.

Siguen siendo los hombres los que mayoritariamente padecen esta enfermedad, en probable relación con su adicción a las drogas por vía parenteral y relaciones sexuales de riesgo tanto homo como heterosexuales.^{12 13}

3. Prácticas de riesgo: la mayoría de los pacientes VIH + tienen una problemática adictiva importante, con una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo control.

El 66% de los varones son o han sido **consumidores de drogas**^{26 27 28}, en un mayor número que el del Registro Nacional del SIDA que constituyen el 47%.

No podemos olvidar el nada despreciable tanto por ciento de las mujeres drogadictas (41%), aunque su porcentaje, a diferencia de los varones, sea más parecido al del Registro Nacional del mismo año (35,3%).

Estas adicciones conllevan un difícil control del tratamiento y su adherencia al mismo^{29 30}, así como muchas ausencias a las citaciones en sus consultas de infecciosas, dado que estos pacientes se despreocupan fácilmente de su seguimiento³¹. Los tratamientos son eficaces siempre que se cumplan adecuadamente y deben ser revisados para evitar resistencias y efectos secundarios indeseables^{32 33 34}.

La adicción a drogas y el **consumo importante de alcohol** en los VIH+ puede provocar que muchos de ellos hayan cumplido condenas en prisión.

Un 9% de nuestros varones y un 7% de las mujeres han estado en la **cárcel**, con un seguimiento y tratamiento adecuado mientras permanecen allí, que se dificulta a su salida del centro penitenciario,

dado que el paciente vuelve hacerse responsable de su enfermedad siendo en muchas ocasiones dificultado por sus adicciones y por la situación en que se encuentren al recuperar la libertad.

En el año 2006, había 54.436 reclusos varones (92,1%) y 4.145 reclusas (7,9%) con 86 casos nuevos de VIH en el 2006 (tasa de 1,6 casos por cada 1.000 internos), según el programa sanitario informático penitenciario SANIT³⁵.

Podemos observar un **sesgo** a la hora de realizar la **historia clínica** de los pacientes no VIH+, dónde no se pregunta de forma habitual su estancia en penitenciarias, que se puede considerar un factor de riesgo más para padecer muchas enfermedades como el mismo VIH, hepatitis C o tuberculosis.

En nuestro país, la forma más frecuente de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana ha sido: compartir material de inyección entre los drogadictos.

Hoy en día ha habido un viraje en *“los usos y costumbres”* de los drogadictos. Ya no vemos en nuestras calles o en nuestros hospitales a los típicos heroinómanos como fantasmas ambulantes con los brazos agujereados con cientos de pinchazos. Por fin parece que ha sido eficaz, tanto el reparto de jeringuillas en los barrios marginales, como las campañas de prevención, así como el rechazo común de la sociedad. Los drogadictos del siglo XXI pasan desapercibidos porque tiene acceso a sustancias que *“no dejan marcas”* en su administración y en su mayoría de efecto euforizante.

Según va cambiando el porcentaje de adictos a drogas por vía parenteral, así va variando la forma de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana.

Los drogadictos VIH+ van dejando su primer puesto en las estadísticas, a las relaciones sexuales de riesgo, tanto

heterosexuales (46,1%) como homosexuales (31%), frente al 15,3% del adquirido por adicción a drogas por vía parenteral³⁶.

Puede que ésta sea la explicación de por qué son las mujeres de nuestro estudio (72%) las que tienen el porcentaje mayor de infección por VIH, adquirido por tener relaciones sexuales de riesgo.

En el Registro Nacional de los últimos años, 2006 y 2007, el porcentaje de **transmisión heterosexual** del VIH constituye el 30,7% en números absolutos, ajustando este porcentaje por sexo, es mayor para las mujeres constituyendo el 55%.

Tengamos en cuenta que los polígonos industriales que rodean Fuenlabrada, constituyen un foco importante de **prostitución**, y esta pueda ser la explicación de este elevado número en nuestra estadística femenina, aunque no tenemos los datos para saber qué tipo de relación sexual de riesgo llevaron a cabo.

La situación real del fenómeno de la prostitución, así como la búsqueda de datos y cifras es de gran complejidad. Tan poco podemos olvidar la globalización de los mercados³⁷ y la conexión entre la industria del ocio, el llamado “turismo sexual”, que se relaciona claramente con un aumento de la demanda de la prostitución en nuestro país.

La situación de la prostitución en España se caracteriza por su “*invisibilidad*” debido a la clandestinidad en la que se desarrolla y que es la causa principal de su desconocimiento. La prostitución que se conoce, es la de la calle, la visible, que es la minoritaria.

Existen cambios experimentados en nuestro país en relación con la prostitución: se ha incrementado la actividad debido al aumento de la oferta, la nacionalidad de las mujeres que la ejercen, la gran cantidad de dinero que genera, así como los lugares donde se ejerce (el “*club*”

de alterne”, lugares cerrados que resultan más cómodos para la sociedad, dado que retira la prostitución de las calles).

En apenas unos años ha disminuido el número de mujeres nacionales que se prostituyen y ahora son en su mayoría de Países del Este, Hispanoamérica y África Central³⁸.

Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, del Instituto Nacional de Estadística del 2007, el 7% de los varones de 18 a 49 años ha tenido relaciones sexuales con alguna prostituta y si la franja se estrecha de 30 a 49 años, la proporción aumenta al 10%³⁹.

Los **homosexuales** siguen manteniendo una proporción de contagio del VIH similar a lo largo de los últimos años, en torno al 17%, siendo nuestra estadística muy similar (18%).

Este colectivo aún no ha conseguido disminuir de forma significativa el porcentaje de contagio, a pesar de ser los que tienen mejor adhesión al tratamiento y seguimiento. Aún quedan homosexuales que no usan el preservativo en todas sus relaciones sexuales y esto junto a la promiscuidad, en la mayoría de los casos hace que aumente el riesgo de contagio.

También a este grupo pertenecen los varones con **homosexualidad encubierta**, con pareja heterosexual estable, que se infectan acudiendo a la prostitución masculina⁴⁰. Hay que tener en cuenta que ésta constituye el 10% del total de la prostitución y está dirigida fundamentalmente a hombres.

En la actualidad, a la vista de las estadísticas, se observa que son las relaciones sexuales no protegidas, tanto homo como heterosexual,

la principal vía de transmisión del VIH+, constituyendo una enfermedad más de transmisión sexual y siendo el **preservativo**⁴¹ el arma más eficaz para la prevención.

Existe también aquí un sesgo importante al realizar la amnesis de la historia clínica de los pacientes, como ocurría con su permanencia en prisión, pues habitualmente no se pregunta por relaciones sexuales de riesgo, a no ser que el paciente consulte por alguna enfermedad relacionada como uretritis o lesiones en piel de los genitales. Cabe preguntarnos si no diagnosticaríamos una cantidad importante de los VIH que aún no han dado las primeras manifestaciones, si incluyéramos estas cuestiones en nuestra historia clínica habitual.

Recordemos que el 41% de las personas diagnosticadas de SIDA en 2007 no eran conscientes de estar infectadas por el VIH en el momento del diagnóstico. Esta proporción asciende a 60,7% entre aquellas que se infectaron por vía heterosexual y a 55,8% entre los hombres que se infectaron a través de relaciones homosexuales¹²
¹³.

4. Inmigración: No debemos olvidar a los inmigrantes, que en nuestro estudio representan 11,11%, siendo en su mayoría de origen subsahariano.

El perfil de la población inmigrante difiere según el país o incluso de las diferentes partes del mismo, donde se realicen los estudios, (iberoamericanos^{42 43 44 45} de los Estados Unidos, frente al gran número de guineanos y nigerianos que viven en Fuenlabrada).

En nuestra serie las **mujeres nigerianas y guineanas**, constituye la mayoría de los pacientes inmigrantes, encontrándose al hacer el diagnóstico en estadio SIDA de la enfermedad.

La infección había sido adquirida por relaciones sexuales de riesgo dato similar al de otros trabajos⁴², pero no podemos saber si ya

estaban infectadas al llegar a nuestro país, dado que a su llegada no se practican pruebas de detección del VIH.

África tiene una larga historia de migraciones, dada la inestabilidad económica, las guerras civiles y todo tipo de conflictos^{46 47} que impulsan a su gente a dejar sus países de origen. Según informes de la **Organización Internacional para las Migraciones** del 2008⁴⁸, son las mujeres las que han salido en mayor cantidad del continente africano. Pero también, es en África, lugar desde donde se originó la pandemia, donde existen las tasas más altas de infección por VIH del mundo, debido tanto a la marginación económica, como a dificultad para acceder a tratamientos antirretrovirales y el escaso uso del preservativo en las relaciones sexuales.

Otro punto que debemos tener en cuenta son **nuestros servicios sanitarios**. Son gratuitos, frente a otros países receptores de emigrantes, permitiendo una asistencia médica para toda la población. Muchos de ellos, no tienen tarjeta sanitaria, desconocen o no poseen médico de atención primaria y acuden a urgencias hospitalarias por todo tipo de motivos⁴⁹ dado que es el único lugar de referencia conocido donde puede recibir asistencia médica. Es por este motivo por el cual podemos realizar en algunos casos, diagnóstico de sospecha de VIH^{50 51} y de ahí la importancia de tener un **test rápido de detección de la enfermedad**.

Se ha comenzado en España con un proyecto piloto de test rápido de detección del VIH en farmacias, con una alta especificidad (detecta al 99,8% de los negativos) pero no tiene una sensibilidad del 100% en los recientemente infectados. Si el paciente es positivo en este test, se debe confirmar con Western Blot y ELISA³⁶.

En Estados Unidos, se ha planteado que los test rápidos se hagan en los servicios de urgencias, dado que es allí donde la mayoría de los pacientes van a recurrir.

Es muy difícil cuantificar cuántos individuos inmigrantes, tanto legales como ilegales existen en nuestro país y más difícil aún saber cuántos son VIH.

Los datos facilitados por el **Instituto Nacional de Estadística (INE)** en 2006, existían 8,7% de inmigrantes regularizados ⁵² en la comunidad, siendo en el 2005, el 17,8% casos de SIDA de origen inmigrante ⁵³. La Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, realiza encuestas hospitalarias anuales, que recoge la información de los pacientes infectados atendidos en distintos hospitales de España en un día seleccionado, siendo en 2004, de un 28,8% ⁵⁴.

No podemos acudir ni siquiera al Ministerio de Interior español para cuantificar cuantos inmigrantes VIH+ entran en nuestro país, puesto que al llegar aquí como inmigrante de forma legal, se solicita un certificado sanitario expedido en su país de origen o a su llegada a España con el fin de acreditar que no tienen enfermedades cuarentenables (cólera, peste y fiebre amarilla), ni drogas, ni alteraciones psíquicas importantes, enfermedades infecciosas o parasitarias⁵⁵, pero no se hace referencia a si tiene infección por VIH.

Esto conlleva que cientos de inmigrante que no se saben VIH+, nunca tendrán un seguimiento, un tratamiento adecuado para su enfermedad o un control de la transmisión de la enfermedad⁵⁶, de aquí la importancia nuevamente, de tener un ***test rápido de diagnóstico*** de la enfermedad.

Tengamos en cuenta que el 31% de las mujeres de nuestro estudio están en un estadio avanzado de la enfermedad y de éstas el 71% son mujeres inmigrantes africanas.

5. Comorbilidad con virus de hepatitis C: Especial atención merece la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el de la hepatitis C.

La prevalencia es muy elevada en cohortes con predominio de pacientes que adquirieron la enfermedad a través de la adicción a drogas por vía parenteral (60-65% en España)⁵⁷, aunque en nuestra serie es algo menor, de un 39,3%, aumentando la cifra al 53% si sumamos los coinfectados con virus de hepatitis C y B a la vez.

Los datos obtenidos revelan que aumentan los niveles de ingreso por hepatopatía y descienden los que se deben a enfermedades definitorias de SIDA^{58 59}. En un estudio retrospectivo recogido en pacientes VIH en Madrid entre 1991-94, el 8,6% de los ingresos se debían a descompensación de hepatopatía⁶⁰, disminuyendo en los últimos años previos a la introducción del tratamiento con TARGA a 6,5%^{61 62 63}.

Según el trabajo de Bica et al⁶⁴, se observa un aumento significativo en los años 1998-99, de la mortalidad atribuida a la hepatopatía por VHC (50%), a pesar de que más de la mitad de los fallecidos tenían carga viral indetectable. También corrobora lo anterior el trabajo de Monga et al del 2001⁶⁵, tienen una mayor mortalidad (11%) frente a nuestro 1,7% y mayor morbilidad, ya que se descompensaban el 10% de los coinfectados, mayor que en nuestra serie, que han sido 4 descompensaciones y 5 encefalopatías de origen hepático (7,7%).

Es más frecuente padecer hepatitis C en los pacientes varones (un 42% frente al 31% en mujeres), probablemente relacionado con el mayor consumo de drogas (el 59% de los hombres y el 41% de las mujeres).

El alcohol también puede haber precipitado aún más, la evolución a cirrosis de estos enfermos (32% de varones alcohólicos en comparación con el 24% femenino) y sea esta la razón de los casos de encefalopatía y fallo hepático fulminante que hemos tenido.

En el caso de los controles, no tenemos ningún caso de infección por virus de hepatitis C.

La coinfección VIH/VHC es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad de estos enfermos, sobre todo los adictos a drogas por vía parenteral ⁶⁶ y también los drogadictos que inhalan la droga, vía de transmisión menos conocida, pero no por ello menos importante, por compartir las cánulas de inhalación, dado que estos pacientes suelen tener múltiples lesiones nasales.

En Estados Unidos y Europa Occidental hasta el 30% de los VIH también están coinfectados con el VHC ^{67 68 69}. El VIH y el VHC comparten las mismas vías sanguíneas de transmisión, teniendo en cuenta que el VHC tiene 10 veces más capacidad infectiva que el VIH por vía parenteral. Es por esta razón por lo que la coinfección es más frecuente en drogadictos, donde la prevalencia de ambos virus es del 70% ^{70 71}. Por otra parte, la transmisión del VHC por vía sexual es infrecuente, lo que explica que menos del 5% de los homosexuales estén coinfectados, aunque en los últimos años se están viendo brotes de hepatitis C en homosexuales VIH+ relacionados con prácticas sexuales de riesgo ^{72 73}.

Por otro lado, tenemos que estos **enfermos coinfectados tienen una más rápida evolución hacia la fibrosis hepática**, sobre todo cuando la inmunosupresión es grave ^{74 75 76} y esto también incluye el desarrollo de hepatocarcinoma en edades más jóvenes ^{77 78} como ocurre en dos de nuestros pacientes fallecidos por esta causa. De forma global, el 25% de los pacientes coinfectados desarrollan cirrosis hepática a los 15 años de la exposición inicial al VHC, mientras que esto sólo ocurre en el 5% de los pacientes monoinfectados con el virus C. La mortalidad asociada se adelanta unos 10 años en estos enfermos ⁷⁹.

Según los últimos estudios publicados en Enero 2005 en *Clinical Infectious Diseases*, las **tasas de progresión de enfermedad**

hepática en coinfectados VIH - VHC son similares a las de los pacientes que sólo tengan VHC, si están en tratamiento con TARGA⁸⁰.

Hoy en día es relativamente frecuente que los pacientes VIH+ en tratamiento con TARGA y niveles de CD4+ aceptables, padezcan una enfermedad hepática terminal, dado que viven más tiempo que hace unos años. En estos casos, la sustitución del órgano enfermo por otro sano es la única alternativa terapéutica. **Desde el año 1999 en España, ser VIH + no supone una contraindicación absoluta para recibir un transplante hepático**⁸¹.

En el estudio retrospectivo que se ha realizado en nuestro país entre los años 2002-2006 por la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE) con la cohorte nacional de los 97 pacientes VIH+ transplantados, demuestra que la supervivencia fue de un 87% al año y un 64% a los 3 años, tasa equiparable a las personas no VIH⁸².

6. Enfermedades psiquiátricas: La incidencia de enfermedad psiquiátrica entre los VIH+ es elevada (34,2% de nuestros pacientes, de los cuales el 38% son mujeres), tanto por la problemática psicosocial (drogas, alcohol, prostitución, reclusión, etc), como por la propia enfermedad. Así, los pacientes VIH+ muy evolucionados pueden presentar un cuadro maniaco, denominado “*manía-sida*”²⁸.

El tratamiento psiquiátrico en estos enfermos es muy difícil por su vulnerabilidad emocional y por la falta de adherencia.

El paciente **politoxicómano consume benzodiacepinas** de forma muy habitual, sobre todo el Alprazolam, junto a **Metadona**.

Por otra parte la mayoría de los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósido e inhibidores de proteasas, interaccionan entre sí, elevando los valores plasmáticos del Alprazolam, modificando

los niveles basales de la Metadona. Esto **motiva intoxicaciones frecuentes y síndrome de abstinencia** que puede disminuir la adherencia a los tratamientos antirretrovirales y conducirles a un ánimo deprimido y/o ansioso, que les induce a consumir drogas o a intentos autolíticos ^{28 83} (8,5% de nuestros pacientes, siendo el doble de frecuente en las mujeres, que los hombres).

Por otra parte se ha comprobado que los pacientes que tan solo consumen Metadona y siguen controles de la misma, tienen una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral ^{84 85}.

La **depresión** mayor es 7 veces más frecuente entre los pacientes VIH+ que entre la población general. Esto mismo ocurre en nuestro estudio: 21% de los VIH+ frente al 3% de los controles.

Los problemas psiquiátricos más usuales, según la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), son los **trastornos psicóticos y del comportamiento afectivo** (episodio depresivo, trastorno bipolar y episodio maníaco), debidos al consumo de sustancias psicotropas, representando el 50% de los procesos psiquiátricos ²⁸. Tengamos en cuenta que nuestras mujeres VIH+ tienen un elevado consumo de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales de riesgo, en probable relación con la prostitución, por lo que pueden ser motivos suficientes para tener un mayor número de episodios de ansiedad en el seno de depresión y abuso de sustancias.

7. Tratamiento con TARGA: La mitad de nuestros pacientes están en tratamiento con TARGA y la mitad de ellos realizan un cumplimiento del mismo adecuado.

A comienzos del siglo XXI, aunque todavía no curamos la infección por VIH, disponemos de tratamientos antirretrovirales potentes y de pruebas seguras para medir su eficacia.

Por ello, aún a costa de importantes efectos secundarios que dificultan la adherencia, y de la aparición de resistencias, en el momento actual la infección VIH se encuentra bajo control y en la mayoría de los casos se impide el fallecimiento por SIDA^{86 87}.

Por todo lo cual, en la actualidad podemos considerar el SIDA como una enfermedad crónica^{88 89}, con una repercusión social y económica muy importante para los sistemas sanitarios de los países desarrollados^{90 91}, que es imposible sufragar en el resto del mundo⁹².

En el futuro, el pronóstico de los pacientes VIH dependerá de cómo seamos capaces de enfrentarnos a los distintos retos que se nos plantean, realizar un **tratamiento personalizado** para los pacientes que se encuentran inmersos en las drogas, el alcohol o la cárcel, que sufren a menudo cuadros ansioso-depresivos⁹³ y que toman su tratamiento de forma errática.

Otro punto que se plantea hoy en día es **cuándo comenzar con el tratamiento antirretroviral**, tratar antes que los niveles de linfocitos CD4 disminuyan y los pacientes están asintomáticos. Según el estudio NA-ACCORD, los pacientes tratados precozmente aumentan sus niveles de CD4 así como disminuye el riesgo de contagio de la enfermedad⁹⁴.

8. Patología por la que los VIH+ y los pacientes control acuden a urgencias: Vamos analizar las características de los motivos de consulta y los diagnósticos al alta de nuestros pacientes. Recordemos que los ***“motivos de consulta”*** son aquellos por lo que se clasifica al paciente por el personal de enfermería a la entrada en el Servicio de Urgencias. Por otro lado, vamos a ver cuales han sido los ***“diagnósticos al alta”*** que se le han dado a los pacientes directamente desde urgencias o tras su ingreso.

Existen también dos zonas en la Urgencia, donde pueden atender a los pacientes tras su clasificación: ***“zona quirúrgica”*** donde se ven

los pacientes por motivos traumatológicos o quirúrgicos y “zona médica” donde van el resto de los mismos.

Los motivos de consulta dentro **Trauma-Cirugía** han constituido el 20,17% de las urgencias. Hay que destacar que el 1,3% de los VIH+ fueron atendidos por **accidente de trabajo**, hecho a tener en cuenta, ya que no datos sobre que papel representan los pacientes VIH en el campo laboral.

La **fiebre** y el **malestar general** han sido los motivos de consulta médico más frecuentes por el que han sido clasificados los pacientes VIH+ con una diferencia significativa con respecto al grupo control ($p < 0,01$ y $0,05$ respectivamente).

A pesar de que nuestros pacientes VIH+ están en su mayoría en una buena situación inmunológica (estadio A1), la fiebre (15%) sigue siendo el principal motivo de consulta urgente.

Desde 1993 hasta la actualidad este es el motivo de consulta más frecuente de los VIH según los diferentes estudios⁹⁵ donde el porcentaje ha ido variando desde el 16% al 38%³¹.

Debemos tener en cuenta que los diagnósticos al alta de estos pacientes atendidos por fiebre fueron infecciones no relacionadas en su mayoría con el VIH. **Tan sólo uno de ellos tuvo neumonía por P. jirovecii (enfermedad definitoria de SIDA).**

El malestar general (11,84%) es un cajón de sastre muy amplio de difícil comparación. Es muy dependiente de lo que “*diga el paciente en la puerta de entrada*”, así como de la interpretación por parte de enfermería que debe encontrar un ítem adecuado de “**triage**” (término francés para denominar a la clasificación) del sistema informático del hospital.

Aquí podemos observar al alta, desde intoxicación por drogas a la neumonía o intentos autolíticos, demostrándose en este punto que los **sistemas de clasificación deben ser revisados** de forma habitual y puestos al día. Es muy importante que un paciente sea valorado en el lugar más adecuado dentro del sistema de urgencias, sin tiempos de espera innecesarios o con un aislamiento adecuado.

Hemos agrupado los motivos de consulta respiratorios de “*tos + disnea*” y el “*dolor torácico*”, para poder realizar un estudio comparativo más adecuado desde el punto de vista estadístico, dado que manejamos un número pequeño de pacientes como hemos visto anteriormente (consultar tablas 18 y 19).

Tras la fiebre, los motivos de consulta respiratorios son más frecuentes entre los pacientes VIH+ que en los pacientes control ($p < 0,01$).

Tenemos un 22% de diagnósticos al alta de enfermedades respiratorias, porcentaje menor con respecto a otros estudios consultados^{13 28}.

La mayoría son fumadores (64%) y un 20,5% tienen enfermedades respiratorias de base. Además sus consultas mayoritariamente se han hecho en invierno, por lo que no parece que estas infecciones respiratorias estén relacionadas con ser VIH+.

Hay que destacar el elevado porcentaje gastroenteritis (7%) entre los pacientes VIH en probable relación con la medicación antirretroviral con la que están tratados o formar parte del síndrome constitucional, que en trabajos de décadas anteriores, constituía un 25% de los motivos de consulta^{29 30 31 77 96 97}.

Los diferentes motivos de consulta derivan en que los diagnósticos al alta más frecuentes en los pacientes VIH siguen siendo los infecciosos^{98 99} ($p < 0,001$).

Al realizar el estudio estadístico se observa que tener una infección en un paciente VIH se asocia a encontrarse en un deterioro del estado inmunológico (estadio C), ser alcohólico y padecer tuberculosis, asociaciones que padecen lógicas para padecer más infecciones. Pero tengamos en cuenta que a pesar de que los VIH+ tengan más infecciones que los pacientes del grupo control y esto se asocie a un peor estado inmunológico de la enfermedad, las **infecciones oportunistas en los VIH+, sólo las han padecido, tres pacientes (1,3%): esofagitis candidiásica, neumonía por P. jirovicii y toxoplasmosis cerebral.**

Es decir, que a pesar de que los pacientes VIH tienen más diagnósticos de infecciones al alta, estas no son infecciones oportunistas relacionadas con su enfermedad de base.

Otro antecedente epidemiológico analizado han sido los factores de riesgo cardiovascular. En los últimos trabajos se ha incidido que los pacientes VIH+ tienen un **factor de riesgo cardiovascular** añadido, constituido por el tratamiento antirretroviral TARGA^{100 101}.

Son pocos los pacientes que tenemos hipertensos, diabéticos o dislipémicos, a pesar de los cual han sufrido **tres infartos agudos de miocardio**, número similar a los presentados en estudios americanos del 2003¹⁰². Fueron dos hombres (uno de ellos de 45 años, en estadio C3, fumador, alcohólico, adicto a drogas y otro es estadio B1, de 52 años, homosexual, sin factores de riesgo cardiovascular) y una mujer (54 años diabética, fumadora y alcohólica, en estadio C3).

Aún no está del todo claro si la aparición de la enfermedad cardiovascular ocurre en pacientes tratados con TARGA a largo plazo¹⁰³, dado que existen estudios en contra y a favor. Especialmente si son varones mayores de 45 años, fumadores e hipertensos, incluso se recomienda tratamiento hipolipemiente con fibratos y estatinas en estos pacientes¹⁰⁴.

En un estudio retrospectivo tipo caso-control, David y colaboradores¹⁰⁵ examinaron a 15 pacientes con infección VIH que habían presentado un evento cardiovascular reciente, y encontraron que el TARGA no aparecía como factor de riesgo en el análisis multivariante, mientras si lo hacían los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. Si bien es cierto, que otros estudios como el de Maggi y colaboradores¹⁰⁶ encuentran una prevalencia mucho más alta de lesiones arterioescleróticas prematuras entre pacientes VIH+ (53%) que entre pacientes VIH+ no tratados con IP (15%) o controles sanos (7%).

9. Ingresos: Se ha ingresado más a los enfermos VIH+ ($p < 0,001$) asociándose en el estudio estadístico, a pacientes con peor estado inmunológico (CD4 <200 y estadio C) que en nuestro estudio constituyen el 30%, es decir que prácticamente todos los enfermos en estadio SIDA han sido ingresados.

El número de ingresos en nuestro hospital ha sido de un 29,82%, repartidos entre causas infecciosas, quirúrgicas y psiquiátricas, porcentaje algo mayor frente a las series consultadas del 2002 que eran del 24%^{6 107 108 109 110 111}.

Es lógico que se ingrese con más frecuencia a los enfermos VIH+ que a los del grupo control, dado que aún asocia la palabra SIDA con *“enfermo grave y complicado”*, pero digamos a nuestro favor, que en el análisis estadístico se ha asociado *“el ingresar más”* con *“enfermos con peor estado inmunológico”* y que posiblemente tenían las enfermedades más graves, llegando dos de ellos a fallecer.

Destacan los cinco pacientes ingresados en UCI (4,27%), dos por descompensación hepática (los cuales fallecieron, 1,7%) y tres infartos agudos de miocardio (2,56%).

En el caso de los controles, tenemos un infarto agudo de miocardio y tres síndromes coronarios agudos, en la misma paciente de 47 años, con hipertensión, dislipemia y diabética, que también ingresaron en UCI, de los cuales no falleció ninguno.

10. Frecuentación: Recordemos que hemos considerado ser “*frecuentador de urgencias*”, aquel paciente que había ido 3 ó más veces a este servicio.

Llama la atención que a pesar de todo lo visto anteriormente respecto a los enfermos VIH+ ,tienen más infecciones, ingresan en mayor proporción, etc, **el número de veces que los pacientes VIH + van a urgencias es menor que los pacientes control ($p < 0,05$).**

No encontramos ningún factor de asociación de ser frecuentador de urgencias entre el grupo control, frente a los VIH+ que se asoció ir 3 ó más veces a la urgencia, a tener menos de 38 años, ser alcohólico, portador de hepatitis C, haber estado en la cárcel y estar en estadio A.

En los diferentes estudios consultados sobre la frecuentación general en los servicios de urgencias^{112 113}, ésto es debido:

- A la accesibilidad.
- Capacidad de resolución de los servicios de urgencias hospitalarios frente a la atención primaria.
- La racionalización de recursos (a más tiempo de espera en atención primaria, más utilización de urgencias hospitalarias, en nuestro hospital existen dos picos semanales, los lunes y los viernes, donde el paciente no consigue cita en su Centro de Salud).
- La capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios y la

evaluación cualitativa (el paciente tiene la sensación que el hospital las “*pruebas complementarias*” va a llevar a un “*médico mejor preparado*” que su médico de primaria, a un diagnóstico más correcto).

Puede que los pacientes control, perciban la enfermedad como más grave que los pacientes VIH+ que “*ya están acostumbrados*” a los diferentes diagnósticos y muchas veces ni siquiera van a urgencias “*para evitarse un nuevo ingreso*”.

La edad de los pacientes también influye en la hiperfrecuentación de urgencias, existiendo dos grupos de edad: los ancianos y los menores de 50 años.

Los ancianos en una mayor proporción “*son llevados*” por sus familias, dado que tienen pluripatologías y a menudo no tienen concepto de “*estar enfermos*”. Este grupo no ha podido ser estudiado con nuestros pacientes, dado que su edad estaba en torno a los 40 años en su mayoría, sesgado por la edad de los pacientes VIH+.

El otro grupo es el de los jóvenes, de edad similar a nuestros pacientes, menores de 50 años, que según los estudios consultados, van más a urgencias:

- Por desconocimiento del sistema sanitario (no saben que existen urgencias extrahospitalarias o pueden ser valorados por su médico al final de su consulta),
- Otros porque “*les conviene el horario*”. Pueden ir a la hora que les convenga mejor, aunque su patología no revista gravedad o sea motivo de urgencias.
- Los pacientes que conciben la enfermedad en sí, “*como una urgencia vital*”¹¹⁴.
- La medicalización de la vida cotidiana actual, el concepto que se tiene de antes cualquier síntoma mínimo o de pocas horas de

evolución debe ser visto por un médico y deber tener un tratamiento¹¹⁵.

Otro punto en que coincidimos con los estudios consultados, es que la hiperfrecuentación del servicio de urgencias^{116 117}, está condicionado también, con las características sociodemográficas del área de residencia¹¹⁸, identificándose mayor uso entre los grupos de más bajo nivel socioeconómico^{119 120 121}, como ocurre en Fuenlabrada.

Recordemos que los motivos de consulta “*neurológicos*” y “*otros*”, han sido más frecuente en el caso del grupo control con una diferencia muy significativa ($p < 0,001$), teniendo diagnósticos al alta de cefalea, mareo sin signos de complicación neurológica, otalgias u ojo rojo, que en su mayoría no precisaron pruebas complementarias para su diagnóstico y casi ninguno precisó un ingreso.

En resumen, dado que los pacientes más frecuentadores de urgencias, han sido los pacientes del grupo control y sin embargo han ingresado en una menor proporción, nos obliga a pensar que las patologías por las que han ido a urgencias han sido de menor importancia y que podían haber sido resueltas en atención primaria.

6. CONCLUSIONES

1. EL PERFIL DEL PACIENTE VIH+, atendido en el servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada durante el año 2006, es el de un varón español (75%) de unos 40 años. Presenta como hábitos tóxicos, ser fumador (66%), alcohólico (32%) y adicto a drogas por vía parenteral (60%). Como antecedentes patológicos, padecen tuberculosis (15%), hepatitis (67%), enfermedades respiratorias (20,5%) y psiquiátricas (22%). Tienen un porcentaje menor de relaciones sexuales de riesgo que las mujeres VIH+ (43% frente al 72%).

En general, la infección está documentada desde hace unos 8 años de media. En su mayoría (37,5%) se encuentran clínicamente asintomáticos, con un recuento de linfocitos CD4+ > 500/ μ L. Presentan una carga viral indetectable (76%) con menos de 50 copias/ μ L, a pesar de cumplir de forma irregular (36%) el tratamiento con antirretrovirales de alta eficacia (TARGA).

2. La FIEBRE es el MOTIVO DE CONSULTA principal entre nuestros pacientes VIH+, con una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo control ($p < 0,01$).

3. Las INFECCIONES son los DIAGNÓSTICOS AL ALTA más frecuentes en los VIH+, con una diferencia estadísticamente muy significativa, con respecto al grupo control ($p < 0,001$).

Estas infecciones no pertenecen al grupo de las “ENFERMEDADES DEFINITORIAS DE SIDA”, aunque en el análisis multivariante realizado, se asocian a pacientes con peor estado clínico de su enfermedad (estadio C) y carga viral detectable (> 50 copias/ μ L).

Por el contrario, sólo tres pacientes han acudido a urgencias por ENFERMEDADES DEFINITORIAS DE SIDA. Estas han sido: esofagitis candidiásica, neumonía por *P. jirovicii* y toxoplasmosis cerebral.

4. Los pacientes VIH + se INGRESAN en planta en mayor número que los pacientes control, con una diferencia muy significativa estadísticamente ($p < 0,001$).

Los ingresos en planta o UCI, se asocian a estar en peor estado inmunológico, con un recuento linfocitario de CD4/ μL , menor de 200 y una carga viral detectable (>50 copias/ μL).

Por otro lado, entre los VIH+ ingresados en UCI, hubo dos éxitos por descompensación hepática, en pacientes coinfectados con VHC.

5. A pesar de todo lo anterior, los pacientes VIH+ son MENOS FRECUENTADORES del servicio de Urgencias que los pacientes control, con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$).

7. BIBLIOGRAFIA

¹ Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA et al. *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med* 1981; 305: 1425-31.

² Fauci AS, Clifford Lane H: Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª ed, vol 2. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill 2006: 1194-1265.

³ Gallo RC, Montagnier L. El SIDA en 1988. *Investigación y Ciencia* 1988; 147: 10-19.

⁴ Popovic M, Sarngadhran MG, Read E, Gallo RC. Detection, isolation and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS. *Science* 1984; 224: 497-500.

⁵ Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41: 1-19.

⁶ Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009. Bruselas, 15 de Diciembre del 2005 COM (2005) 654-final.
www.europart.europa.eu/meetdocs/2004_2009/document/pr/643/643708/643708es.pdf

⁷ Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Resolución A/RES/S-26/2. Junio de 2001. www.un.org/spanish/ag/sida/index.html

⁸ Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 317: 181-91.

⁹ Soriano V, Holguin A, Guiterrez M, Machuca A, Rodríguez-Rosado R, González-Lahoz J. Diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamezer D, Miró JM, Mallolas J (ed). Guía práctica del SIDA: clínica, diagnóstico y tratamiento, 5ª ed. Barcelona, Masson 1998; 102-25.

¹⁰ Waters L, John L, Nelson M. Non-nucleoside Reverse Transcriptasa Inhibitors: Review. *Internacional Journal of Clinical Practice* 2007; 61: 105-118.

¹¹ Recomendaciones del grupo de trabajo de SIDA. SEIMC. En: GESIDA 2007.
www.gesida/seimc.com.

¹² Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos dispositivos del VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA período 2003-2006. Actualizaciones, 30 de Junio del 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el sida. www.msc.es/sida.

¹³ Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2008. Gobierno de España. www.msc.es/sida

-
- ¹⁴ Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 317:181-91.
- ¹⁵ Romero L, Stanley K y Parras Vázquez F. La historia natural de los antirretrovirales: el continuum de su evaluación. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 59-66.
- ¹⁶ Torres León JM, García Cortés A, Menéndez Martínez MA, Pérez de Oteyza C. Caquexia y SIDA. *Med Mil* 1998; 54: 92-95.
- ¹⁷ Rubio R, Pulido F, Pintado V, Diaz-Mediavilla J, Flores E, Serrano M et al. Linfomas No-Hodgkin asociados al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 481-86.
- ¹⁸ Mouton Y, Alfandari S, Valette M, Cartier F, Dellamonica P, Humbert G et al. Impact of protease inhibitors on AIDS-defining events and hospitalizations in 10 French AIDS reference centers. *Federation National des Centres de Lutte contre le SIDA. AIDS* 1997; 11: F101-F105.
- ¹⁹ Raboud JM, Montaner JS, Conway B, Haley L, Sherlock C, O'Shaughnessy MV et al. Variation in plasma RNA levels, CD4 cell counts, and p24 antigen levels in clinically stable men with human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1996; 174: 191-94.
- ²⁰ Hogg RS, Heath KV, Yip B, Craib KJ, O'Shaughnessy MV, Schechter MT et al. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA* 1998; 279: 450-54.
- ²¹ Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA et al. Declining morbidity and mortality among patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60.
- ²² Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Informe trimestral nº 3: 30 de Septiembre de 1999. Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de SIDA. www.msc.es/sida.
- ²³ Rodríguez-Vidigal FF, Habemau A. Motivo de ingreso en pacientes infectados por el VIH en un área rural. Papel de la hepatopatía crónica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 138-41.
- ²⁴ Sherer R, Pulvirenti J, Stieglitz K, Narra J, Jasek J, Green L, Moore B, Shott S, Cohen M. Hospitalization in HIV in Chicago. *J Int Assoc Physicians AIDS Care* 2002; 1: 26-33.
- ²⁵ Iribarren JA, González J. Ingresos hospitalarios y mortalidad en pacientes con SIDA en la era del TARGA (¿hacia dónde vamos?). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 129-32.
- ²⁶ Kindelan JM, del Amo J, Martín C, Saiz P, Pulido F, Laguna F. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20: 19-28.

-
- ²⁷ Palepu A, Tyndall MW, Leon H, Muller J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, Anis AH. Hospital utilization and cost in a cohort of injection drug users. *CMAJ* 2001 Aug 21; 165: 415-20.
- ²⁸ Gutierrez A, Suárez MD, Ortiz de Luna I, Varona M, Ugalde F, Cisterna R, Marinez M. Utilization of an emergency service by patients with HIV infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 1993; 11: 14-8.
- ²⁹ Parthasarathy S, Weisner C, Hu TW, Moore C. Association of outpatient alcohol and drug treatment with health care utilization and cost: revisiting the offset hypothesis. *Stud Alcohol* 2001; 62 : 89-97.
- ³⁰ Kraemer KL, McGinnis KA, Skanderson M, Cook R, Gordon A, Conigliaro J, Shen Y, Fiellin DA, Justice AC. Alcohol problems and health care services use in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and HIV-uninfected veterans. *Med. Care* 2006; 44 (Supl 2): 44-51.
- ³¹ Pérez de Oteyza C, Menéndez MA, Pastor JM, Muro R, Torres J. Características clínico-epidemiológicas de la infección por VIH: experiencia de la unidad de seguimiento del Hospital Militar Central "Gómez Ulla". *Med.Mil.*1995; 51: 150-155.
- ³² Alcamí J, Rubio R. Pruebas de resistencias a antirretrovirales, un elemento necesario en el seguimiento del paciente con infección VIH. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2001; 19: 1-2.
- ³³ Alcamí J, Delgado R, Menéndez-Arias L. Bases biológicas de la generación de resistencias a fármacos antirretrovirales. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2001;19: 3-13.
- ³⁴ Yerly S, Kaiser L, Race E, Bru JP, Clavel F, Perrin L. Transmission of antiretroviral-drug-resistant HIV-1 variants. *Lancet* 1999; 354: 729-33.
- ³⁵ Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. Vol. 12 nº 10. Ed: 20/02/2008. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. www.mir.es
- ³⁶ Conferencia "VIH en España 2009: Juntos para un diagnóstico precoz". Celebrado el 20 Enero 2009. Madrid. www.vih2009.es/conferencia.html
- ³⁷ Benjarattanaporn P and col. Men with sexually transmitted diseases in Bangkok: where do they go for treatment and why? *AIDS* 1997; 11: 87-95
- ³⁸ Informe de la Ponencia sobre la Prostitución en nuestro país (154/9). Aprobada en Sesión de la Ponencia del 13 de Marzo de 2007. Cartas Generales. Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades. www.lourdesmunozsantamaria.cat/IMG/pdf/INFORME_PROSTITUCION.pdf
- ³⁹ Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, del Instituto Nacional de Estadística del 2007 www.msc.es/sida.
- ⁴⁰ Vigilancia del SIDA en España. Informe trimestral nº 2/2006. Registro Nacional del SIDA. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es/sida.

-
- ⁴¹ Campaña Nacional para la Prevención del VIH/SIDA. Abril 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es/sida.
- ⁴² Hernando A, García C, Pulido F, Rubio R, Hervás R, Cepeda C, Costa JR. Infección por el VIH en inmigrantes: diferencias clínico-epidemiológicas con la población autóctona en un área de salud de la Comunidad de Madrid (2001-2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25: 441-5
- ⁴³ Sherer R, Pulvirenti J, Stieglitz K, Narra J, Jasek J, Green L, Moore B, Shott S, Cohen M. Hospitalization in HIV in Chicago. *J Int Assoc Physicians AIDS Care* 2002; 1: 26-33
- ⁴⁴ Crunningham WE, Sohler NL, Tobias C, Drainoni ML, Bradford J, Davis C, Cabral HJ, Cunningham CO, Eldred L, Wong MD. Health services utilization for people with HIV infection: comparison of a population targeted for outreach with the US population in care. *Med Care* 2006; 44: 1038-47.
- ⁴⁵ Fleishman JA, Gebo KA, Reilly ED, Conviser R, Christopher Mathews W, Todd Korthuis P, Hellinger J, Rutstein R, Keiser P, Rubin H, Moore RD. Hospital and outpatient health services utilization among HIV-infected adults in care 2000-2002. *Med Care* 2005; 12: 937-40.
- ⁴⁶ Becker JU, Drucker E. A paradoxical peace: HIV in post-conflict states. *Med. Confl Surviv* 2008; 24: 101-6
- ⁴⁷ Gisselquist D. Impact of long-term civil disorders and wars on the trajectory of HIV epidemics in sub-Saharan Africa. *SAHARA J* 2004; 1: 114-27.
- ⁴⁸ Informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 31 de Julio 2008. www.oim.int/jahia/Jahia/lang/es
- ⁴⁹ Shapiro MF, Morton SC, McCaffrey DF, Senterfitt JW, Fleishman JA, Periman JF, Athey LA, Keesey JW, Goldman DP, Berry SH, Bozzette SA. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *JAMA* 1999; 5: 23-30
- ⁵⁰ Lyons MS, Lindsell CJ, Ledyard HK, Frame PT, Trott AT. Emergency department HIV testing and counselling: an ongoing experience in a low-prevalence area. *Ann Emerg Med* 2005; 46: 22-8
- ⁵¹ Gracia I, Tamames S, Eiros JM, Tenorio A, García de la Cruz S, Castrodeza JJ, Ortiz de Lejarazu R. Seroprevalencia del VIH en población atendida en un Servicio de Urgencias: análisis por lotes de suero. *Rev Clin Esp* 2009; 209: 73-7.
- ⁵² Avance del Padrón Municipal a 1 de Enero del 2006. Datos provisionales. 25 julio 2006. Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
- ⁵³ Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Informe Semestral nº1 año 2005. Instituto de Salud Carlos III. www.isciii.es
- ⁵⁴ Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/SIDA. Resultados 2004 y análisis del período 1996-2004. Octubre 2005. Centro Nacional de Epidemiología. www.193.146.50.130

-
- ⁵⁵ Leyes de Inmigración en España 2009, Ministerio del Interior español. www.mir.es
- ⁵⁶ Nueva política de ONUSIDA sobre el VIH y la migración internacional de la mano de obra. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Julio 2008. www.unaids.org
- ⁵⁷ Houston S, Rowe BH, Mashinter L, Preiksaitis J, Joffe M, Mackey D, Galbraith J, Wiebe N. Sentinel surveillance of HIV and hepatitis C virus in two urban emergency departaments. CJEM 2004; 3: 89-96.
- ⁵⁸ Rodríguez-Vidigal FF, Habemau A. Motivo de ingreso en pacientes infectados por el VIH en un área rural. Papel de la hepatopatía crónica. Enferm Infecc Microbiol Clin 2004; 22: 138-41
- ⁵⁹ Piroth L, Duong M, Quantin C, Abrahamowicz M, Michardiere R, Aho LS, Grappin M, Buisson M, Waldner A, Portier H, Chavenet P. Does hepatitis C virus co-infection accelerate clinical and immunological evolution of HIV-infected patients? AIDS 1998 12: 381-8
- ⁶⁰ Soriano V, García-Samaniego J, Bravo R, Valencia E, Laguna F, De Pauplana M et al. Morbilidad y mortalidad asociadas con hepatopatía crónica viral en pacientes infectados por el virus de inmuno deficiencia humana. Medicina Clínica (Barcelona) 1995; 104:641-4
- ⁶¹ Macías J, Pineda JA, Leal M, Abad MA, García- Pesquera F, Delgado J, et al. Influence of hepatitis C virus infection on the mortality of antiretroviral-trated patients with HIV disease. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998; 17: 167-70
- ⁶² Geffray L, Rosenthal E, Cacoub P, Perronne C, Veyssier P, Raguin G et al. 1977 mortality rate in HIV-infected patients presenting with hepatitis C cirrhosis. Results of the GERMIVIC multicenter survey conducted in French departaments of internal medicina or infectious disease. Rev Med Interna 1999; 20: 1082-7
- ⁶³ Cacoub P ,Geffray L, Rosenthal E, Perronne C, Veyssier P, Raguin G. Mortality among HIV infected patients with cirrhosis or hepatocellular carcinoma due to hepatitis C virus in French departaments of internal medicina or infectious disease, in 1995 and 1997. Clin Infect Dis 2001; 32: 1207-14.
- ⁶⁴ Bica I, McGovern B, Dhar R, Stone D, McGowan K, Scheib R et al. Increasing mortality due to end-satge liver disease in patients with HIV infection. Clin Infect Dis 2001; 32:492-7
- ⁶⁵ Monga HK, Rodríguez-Barradas MC, Breaux K, Khattak K, Troisi CL, Vélez M, et al. Hepatitis C virus infection-related morbidity and mortality among patients with HIV infection. Clin Infect Dis 2001; 33: 240-7
- ⁶⁶ Gebo K, Diener-West M, Moore R. Hospitalization rates differ by hepatitis C status in an urban HIV cohort. J Acquir Immune Defic Syndr. 2003; 34: 165-73
- ⁶⁷ Sulkowski M, Thomas D. Hepatitis C in the HIV-infected person. Ann Intern Med 2003; 138: 197-207

-
- ⁶⁸ Bräu N. Update on chronic hepatitis C in HIV/HCV-coinfected patients: viral interactions and therapy. *AIDS* 2003; 17: 2279-90
- ⁶⁹ Rockstroh J, Mocroft A, Soriano V, Tural C, Losso M, Horban A, et al. Influence of hepatitis C on HIV disease progression and response to antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2005; 192: 992-1002.
- ⁷⁰ Rockstroh J, Spengler U. HIV/HCV coinfection. *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 437-44
- ⁷¹ Hagan H, Thiede H, Weiss N, Hopkins S, Duchin J, Alexander E. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001; 91: 42-96.
- ⁷² Rauch A, Rickenbach M, Weber R, Hirschel B, Tarr PE, Bucher HC, et al. Association of unsafe sex and increased incidence of hepatitis C infection in HIV-infected men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 395-402.
- ⁷³ Ghosn J, Pierre-Francois S, Thibault V, Duvivier C, Tubiana R, Simon A, et al. Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men. *HIV Med* 2004; 5: 303-6
- ⁷⁴ Benhamou Y, Bochet M, Di Martino V, Charlotte F, Azria F, Coutellier A, et al. Liver fibrosis progression in HIV and hepatitis C virus coinfecting patients. The Multivire Group. *Hepatology* 1999; 30: 1054-8.
- ⁷⁵ Puoti M, Bonacini M, Spinetti A, Putzolu V, Govindarajan S, Zaltrom S, et al. Liver fibrosis progression in relation to CD4+ cell depletion in patients with hepatitis C and HIV coinfection. *J Infect Dis* 2001; 183: 134-7
- ⁷⁶ Martínez-Sierra C, Arizcorreta A, Díaz F, Roldán R, Martín-Herrera L, Pérez-Guzmán E, et al. Progression of chronic hepatitis C to liver fibrosis and cirrhosis in patients coinfecting with hepatitis C virus and HIV. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 491-8.
- ⁷⁷ García-Samaniego J, Rodríguez M, Berenguer J, Rodríguez-Rosado R, Carbó J, Asensi V, et al. Hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 179-83.
- ⁷⁸ Puoti M, Bruno R, Soriano V, Donato F, Gaeta G, Quinzan G, et al. Hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients: epidemiological features, clinical presentation and outcome. *AIDS* 2004; 18: 2285-93.
- ⁷⁹ Ruiz-Sancho A, Soriano V. Coinfección por el VIH y el virus de la hepatitis C. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24: 335-46
- ⁸⁰ Ghosn J. Liver fibrosis and antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 120-8
- ⁸¹ Samuel D, Weber R, Stock P, Duclos-Vallée JC, Terrault N. Are HIV-infected patients candidates for liver transplantation?. *Journal of Hepatology* 2008; 48: 697-707
- ⁸² Miró JM, Montejó M, Catells L, et al. Prognostic Factors of Mortality in HCV-HIV-Coinfected Liver Transplant Recipients From the FIPSE OLT-HIV-05-GESIDA 45-05 Cohort Study (2002-06). 15th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections. February 3-6, 2008. Boston. Abstract 1062.

-
- ⁸³ Kalichman SC, Heckman T, Kochman A, Sikkema K, Bergholte J. Psychiatr Serv. 2000; 51: 903-7.
- ⁸⁴ Lucas GM, Mullen BA, McCaul ME, Weidle PJ, Hader S, Moore RD. Adherence, drug use and treatment failure in a methadone-clinic-based program of directly administered antiretroviral therapy. AIDS Patients Care STDS 2007; 21: 564-74.
- ⁸⁵ Lucas GM, Mullen BA, Weidle PJ, Hader S, Mc Caul ME, Moore RD. Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics in associated with improved HIV treatment outcomes, compared with outcomes among concurrent comparison groups. Clin. Infect Dis. 2006; 42: 1628-35.
- ⁸⁶ Moore RD, Chalsson RE. Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. AIDS 1999; 13: 1933-42.
- ⁸⁷ Bhaskaran K, Hamouda O, Sannes M, Boufassa F, Johnson AM, Lambert PC, Porter K. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. JAMA 2008; 300: 51-9.
- ⁸⁸ Pezzotti P, Dorrucchi M, Donisi A, Cusini, et al. Survival, progression to AIDS and immunosuppression in HIV-positive individuals before and after the introduction of the highly active antiretroviral therapy (HAART). Epidemiol Prev 2003; 27: 348-55.
- ⁸⁹ Porter K, Babiker A, Bhaskaran K, Darbyshire J, Pezzoti P, Porter K, Walker AS. Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART. Lancet 2003; 362: 1267-74.
- ⁹⁰ Roberts RR, Kampe LM, Hammerman M, Scott RD, Soto T, Ciavarella GG, Rydman RJ, Gorosh K, Weinstein RA. AIDS Patients Care STDS 2006; 20: 876-86.
- ⁹¹ Sansom SL, Anthony MN, Garland WH, Squires KE, Witt MD, Kovacs Andrea A, Larsen RA, Valencia R, Pals SL, Hader S, Weidle PJ, Wohl AR. The costs of HIV antiretroviral therapy adherence programs and impact on health care utilization. AIDS Patients Care STDS 2008; 22: 131-8.
- ⁹² Hirschel B, Francioli P. Progress and problems in the fight against AIDS. N Engl J Med 1998; 338: 906-08.
- ⁹³ Maru DS, Bruce RD, Walton M, Mezger JA, Springer SA, Shield D, Altice FL. Initiation, adherence and retention in a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy. AIDS Behav 2008; 12: 284-93.
- ⁹⁴ Sax P, Lindsey R, Baden MD. When to start antiretroviral therapy-ready when you are? N Engl J Med 2009; 360: 1897-99.
- ⁹⁵ Chang R, Wong G, Gold J, Armstrong D. HIV-related emergencies: frequency, diagnoses, and outcome. Gen Intern Med 1993; 8: 465-9.
- ⁹⁶ Curry C, Bunungam P, Annerud C, Babona D. HIV antibody seroprevalence in the emergency department at Port Moresby General Hospital, Papua New Guinea. Emerg Med Australas, 2005; 17: 359-62.

-
- ⁹⁷ Rodellar MT, Corona E, Soler A, Andreu A, Ramiro L, Pedrol E. Cambios asistenciales en las consultas urgentes de los pacientes infectados por el VIH desde la generalización de los inhibidores de las proteasas. *Med Clin (Barcelona)* 2000; 115: 132-4.
- ⁹⁸ Venkat A, Piontkowsky DM, Cooney RR, Srivastava AK, Soares GA, Heidleberger CP. Care of the HIV-Positive Patient in the Emergency Department in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Ann Emerg Med* 2008; 20: 350-53.
- ⁹⁹ Gebo KA, Fleishman JA, Moore RD. Hospitalizations for metabolic conditions, opportunistic infections and injection drug use among HIV patients: trends between 1996 and 2000 in 12 states. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;40: 609-16.
- ¹⁰⁰ Zareba KM, Miller TL, Lipshultz SE. Cardiovascular disease and toxicities related to HIV infection and its therapies. *Expert Opin Drug Saf* 2005; 4: 1017-25.
- ¹⁰¹ Barbaro G, Fisher SD, Lipshultz SE. Pathogenesis of HIV-associated cardiovascular complications. *Lancet Infect Dis*. 2001; 1: 115-24.
- ¹⁰² Friis-Moller N, Sabin CA, Weber R, d'Arminio Monforte A, El-Sadr WM, Reiss P, Thiebaut R, Morfeldt L, De Wit S, Pradier C, Calvo G, Law MG, Kirk O, Phillips AN, Lungren JD. Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003; 349: 1993-2003.
- ¹⁰³ Townsend ML, Hollowell SB, Bhalodia J, Wilson KH, Kaye KS, Johnson MD. A comparison of the effectiveness of lipid-lowering therapy between HIV-and non-HIV-infected subjects with hyperlipidaemia. *Int J STD AIDS* 2007; 18: 851-5.
- ¹⁰⁴ Miró JM, Antela A, Arrizabalaga J, Clotet B, Gatell JM, Guerra L et al. Recomendaciones de GESIDA-Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretrovírico en pacientes adultos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana en el año 2000 (II). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 396-412.
- ¹⁰⁵ David MH, Fichtenbaum CJ. A case-control study of cardiovascular risk in persons with HIV infection. 38th Annual Meeting of the Infectious Disease Society of America, 2000; New Orleans, Louisiana. Abstract 355.
- ¹⁰⁶ Maggi P, Serio G, Apifani G, Fiorentino G, Saracino A, Fico C et al. Premature lesions of the carotid vessels in HIV-1 infected patients treated with protease inhibitors. *AIDS* 2000; 14: F123-28.
- ¹⁰⁷ Chang R, Wong G, Gold J, Armstrong D. HIV-related emergencies: frequency, diagnoses, and outcome. *Gen Intern Med* 1993; 8: 465-9.
- ¹⁰⁸ Fleishman JA, Gebo KA, Reilly ED, Conviser R, Christopher Mathews W, Todd Korthuis P, Hellinger J, Rutstein R, Keiser P, Rubin H, Moore RD. Hospital and outpatient health services utilization among HIV-infected adults in care 2000-2002. *Med Care* 2005; 12: 125-30.
- ¹⁰⁹ Cervero M, Torres R, Jurdado JJ, Solis J. Análisis de los ingresos hospitalarios y mortalidad en pacientes con SIDA. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 437-8.

-
- ¹¹⁰ Jerico C, Knobel H, Calvo N, Sorli ML, Guelar A, Gimeno-Bayon JL, Saballs P, Lopez-Colomes JL, Pedro-Botet J. Subclinical carotid atherosclerosis in HIV-infected patients: role of combination antiretroviral therapy. *Stroke* 2006; 37: 812-7.
- ¹¹¹ Law MG, Friis-Moller N, Sabin CA, Weber R, d'Arminio Monforte A, El-Sadr WM, Reiss P, Thiebaut R, Morfeldt L, De Wit S, Pradier C, Calvo G, Law MG, Kirk O, Phillips AN, Lungren JD. The use of the Framingham equation to predict myocardial infarctions in HIV-infected patients: comaparison with observed events in the D:A:D Study. *HIV Med* 2006; 7: 218-30.
- ¹¹² Apiñaniz A, Viñegra G, Quintas J, Elexpuru JL. Perfil del paciente hiperfrecuentador en un servicio de urgencias hospitalarias. El buen gobierno de la sanidad. XXVII Jornadas de Economía de la Salud. A Coruña, 6-8 de junio 2007.
- ¹¹³ Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of costs, length of stay and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 1311-7.
- ¹¹⁴ Aranaz J, Martínez R, Gea Velázquez T, Rodrigo V, Antón P, Gómez F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarias por iniciativa propia? *Gaceta Sanitaria* 2006; 20: 311-15.
- ¹¹⁵ Benayas M, Aznar JM, Montoya M, Martínez L, Martínez A, López M. Evolución de la frecuentación en el servicio de urgencias del hospital Torrecárdenas S.A.S Almería. Años 1990-1994. *Emergencias* 1998; 10:290-95.
- ¹¹⁶ Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, Giguère C. Nourgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 1302-10.
- ¹¹⁷ Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nourgent patients. *Am J Emerg Med* 2005; 23: 131-7.
- ¹¹⁸ Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, Bradford J, Pounds MB, Cabral HD. Utilization of health care services in hard-to reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patients Care STDS* 2007; 21: 177-86.
- ¹¹⁹ Braun T, García L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16: 139-44.
- ¹²⁰ Masson CL, Sorensen JL, Phibbs CS, Okin RL. Predictors of medical service utilization among individuals with co-occurring HIV infection and substance abuse disorders. *AIDS Care* 2004; 16: 744-55.
- ¹²¹ Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 320-8.